ОНКОХИРУРГИЯ
ONCOSURGERY

V. 6 2014
ISSN 2077-4230

Издательство
«Онкохирургия Инфо»



Сборник Тезисов II Междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи. Медицина XXI века “Междисциплинарный подход к патологии органов головы и шеи”

27-29 мая 2014 года,

Москва, РАГСиСХ,

Проспект Вернадского, 84.

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕРМАТОЛОГИЯ 7

Экспериментальное исследование взаимодействия нанодисперсной плаценты и кожи 7

Допустимые погрешности определения клинических параметров пигментных новообразований кожи 8

Клинические характеристики и возможности лекарственной терапии базальноклеточного рака кожи 9

ЛОР 9

Гранулемы гортани 9

Диагностический поиск при симптомокомплексе "кома в горле" 10

Холестеатома среднего уха у детей 11

Результаты хирургии гломусных опухолей тимпанальной локализации 12

Речевая реабилитация у ларингэктомированных больных 13

Ларингомикоз. Дифференциальный диагноз 14

Пломбировка полукружного канала в лечении головокружения при фистулах лабиринта 15

Инновации в лечении острого ларингита и его гнойных осложнений методом антимикробного фотодинамического воздействия 16

Цитокиновый и нейроэндокринный профиль у пациентов с сенсоневральнойтугоухостью 17

Экспериментально-клиническое сравнение современных методов электрохирургии в ЛОР-практике 18

Варианты пластики и алгоритм ведения больных с ликворным свищем основной пазухи 19

Качество голоса после тиреоидной хирургии 20

Риноманометрическое исследование носового дыхания у пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти онкологического генеза 21

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА 22

Рентгенологические особенности остеодисплазии челюстно-лицевой области 22

Рентгенологическое исследование при эндодонтическом лечении 23

Методы диагностики синдромальных форм краниосиностозов 24

Сравнительная оценка диагностических возможностей КТ и МРТ при новообразованиях органа зрения 25

Рецидив дифференцированного рака щитовидной железы: роль позитронно-эмиссионной томографии в диагностике 26

Оценка результатов хирургического лечения посттравматических дефектов и деформаций орбиты при помощи компьютерной томографии 26

МСКТ диагностика и лечение травматических повреждений гортани и трахеи 27

Современные аспекты ультразвуковой диагностики рака гортани 28

Роль мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии в комплексной диагностике рака гортани 29

Капилляроскопическое исследование в диагностике поражений кровеносных сосудов челюстно-лицевой области у детей 29

Комплексный подход к диагностике лимфо-пролиферативных поражений орбиты 30

Возможности ультразвуковой диагностики опухолей языка 31

Усовершенствование ультразвуковой диагностики сосудов у онкологических больных в аспекте микрохирургической пластики 32

Ультразвуковая диагностика заболеваний челюстно-лицевой области и шеи 33

Возможности эхографии в диагностике заболеваний лимфатических узлов шеи 33

Роль магнитно-резонансной томографии в оценке распространенности и определении эффективности проводимого лечения у больных раком орофарингеальной зоны 34

МЕДИЦИНСКАЯ РАДИОЛОГИЯ 35

Эффективность химио-лучевой терапии в комплексном лечении злокачественных новообразований полости рта 35

Брахитерапия меланомы радужки и иридоцилиарной зоны 35

Внутритканевая лучевая терапия (HDR-брахитерапия) местно-распространенных форм рака корня языка 36

Местно-распространенный рак орофарингеальной зоны. Возможности таргетной терапии. 36

Современные технологии в лучевой терапии местнораспространённых форм злокачественных опухолей кожи и орофарингеальной зоны 37

МОРФОЛОГИЯ 38

Современные возможности прогнозирования течения плоскоклеточного рака гортани 38

Методы жидкостной цитологии в диагностике опухолей головы и шеи 38

НЕЙРОХИРУРГИЯ 40

Принципы хирургического и комбинированного лечения метастатических опухолей головного мозга 40

Фотодинамическая терапия и флюоресцентная диагностика злокачественных глиом 41

Флюоресцентная диагностика внутримозговых метастазов 42

Фотодинамическая терапия и флюоресцентная диагностика метастатического поражения головного мозга 43

Закрытия дефектов глазницы после удаления новообразований основания черепа с интраорбитальным распространением 43

Комплексная оценка показателей качества жизни в системе диспансерного наблюдения у больных меланомой хориоидеи 45

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ 46

Выбор тактики лазерного лечения диабетического гемофтальма 46

Результаты органосохраняющего лечения детей с рабдомиосаркомой орбиты стандартного риска 47

Возможности органосохраняющего лечения детей с интраокулярной ретинобластомой без применения дистанционной лучевой терапии 47

Причины поздней диагностики опухолей придаточного аппарата глаза 48

Лечение цитомединами глазодвигательных расстройств и атрофии зрительного нерва ишемически-гипоксического генеза 49

Новые технологии в ранней диагностике глаукомы 49

Результаты допплерографии сосудов глаза и цитокиновый статус при пигментном ретините у взрослых 50

Ошибки в диагностике эндокринной офтальмопатии 51

Комбинированное хирургическое лечение оптической нейропатии при эндокринной офтальмопатии 52

К стресс–лимитирующему воздействию оптимизации анестезиологического пособия как результату междисциплинарного взаимо-действия в онкоофтальмохирургии 53

Опыт применения интравитреальной химиотерапии при комбинированом лечении ретинобластомы 54

Особенности эндорезекции увеальной меланомы после проведенной радиохирургии на аппарате гамма-нож (Leksell Gamma Knife) 54

О результатах программного лечения ретинобластомы высокого риска 55

Витрэктомия при нераспознанной ретинобластоме у детей 56

Низкоинтенсивное электромагнитное излучение миллиметрового диапазона в лечении больных с возрастной макулярной дегенерацией и первичной глаукомой 57

О частоте проведения хирургических вмешательств после удаления опухолей иридоцилиарной зоны 58

Отсроченная реконструкция деформаций в параорбитальной области после комбинированного лечения по поводу опухоли 59

Использование трансорбитального и трансантрального оперативных доступов при лечении больных с изолированными переломами нижней стенки глазницы 60

Низкоинтенсивное электромагнитное излучение миллиметрового диапазона в лечении больных с возрастной макулярной дегенерацией и первичной глаукомой 61

Микроциркуляция как фактор контроля динамики приживления свободных кожных аутотрансплантатов при реконструкции век 62

Безрамная навигация в хирургическом лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями орбиты 63

Рациональный подход в лечении пациентов с метастатической увеальной меланомой 64

Взаимосвязь полиморфизма гена ABCB1/MDR1 с клинико-морфологическими характе-ристиками при увеальной меланоме 65

Влияние молекулярно-генетических изменений на витальный прогноз при увеальной меланоме 66

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ 67

Клинический случай реконструкции нижней губы после ее утраты вследствие онкологического заболевания 67

Зоны безопасности при проведении операции реконструкции нижней стенки глазницы трансантральным доступом 68

Комплексный подход в хирургическом лечении больных с дефектами носа после лечения онкологических заболеваний 69

Топографо-анатомическое обоснование применения реваскуляризированного кожно-фасциального локтевого лоскута при устранении дефектов в челюстно-лицевой области 70

Реконструктивно восстановительная хирургия лицевого нерва 71

Микрохирургическая аутотансплантация тканей в лечении последствий онкологических заболеваний 72

Мионейропластика при параличах мимической мускулатуры: мониторинг трансплантированных мышц 73

Создание тканеинженерной конструкции на основе имплантатов из никелида титана и мезенхимальных стромальных клеток десны для устранения дефектов челюстно-лицевой области 73

Устранение сегментарных дефектов ниж-ней челюсти после удаления амелобластомы с помощью индивидуальных эндопротезов из никелид титана 75

Реконструкция дефектов тканей дна полости рта 75

Отдаленные десятилетние результаты оро-фарингопластики висцеральными аутотран-сплантатами у онкологических больных 76

Микрохирургическая реконструкция при лечении злокачественных новообразований полости рта 77

Способ реконструкции органов аэродигестивного тракта аутологичными биоинженерными лоскутами 77

Реимплантация тканей лица при хирургическом лечении рака пазух полости носа 78

Варианты реконструкции при фарингоэзофагостомах 78

Комплексный подход в хирургическом лечении больных с дефектами носа после лечения онкологических больных 79

Топографо-анатомическое обоснование применения лоскутов шеи на перфорантных сосудах при устранении постонкологических дефектов челюстно-лицевой области 81

Метод эндовидеоассистирования в реконструктивной хирургии краниоорбитальных повреждений 81

СТОМАТОЛОГИЯ 82

Клинические проявления и методы диагностики лейкоплакии слизистой оболочки рта 82

Интраопрационное непосредственное протезирование - ключевой фактор успеха при имплантологической реабилитации пациентов 83

Протокол трансскуловой имплантации – хирургические аспекты, седация в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 84

Протокол трансскуловой имплантации ортопедические аспекты – интраопера-ционное непосредственное протезирование. Zygomatic oncology implants protocol 85

Применение материала Коллапан-С в условиях дискредитированных тканей верхнечелюстного синуса, при проведении синуслифтинга и имплантации 86

Онкоскриниг состояния СОПР у декретированных возрастных групп населения в условиях лечебных профилакториев и пансионатов 86

Повышение эффективности профилактической гигиены полости рта у пациентов с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза 87

Применение фрезерованного разобщающего послеоперационного зубочелюстного про-теза из полиметилметакрилата на верхнюю челюсть в ранний послеоперационный период 88

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОГШ 89

Хирургическое лечение местнораспространенных опухолей средней зоны лица 89

Эндоскопические аспекты восстановление просвета гортани и трахеи после функционально-щадящих операций 89

Тактика лечения осложнений у больных с онкологическими заболеваниями ЛОР органов в условиях ГКБ 36 90

Разработка стенда для исследования режимов автоматизированного лазерного испарения биотканей 91

Оценка методик шва глотки при выполнении стандартной ларингэктомии 92

Хирургическое лечение опухолей околоушной слюнной железы 93

Опыт использования роботизированного CO2-лазера в эндоскопической хирургии опухолей гортани 93

Хирургический компонент в комплексной терапии злокачественных новообразований орофарингеальной области 94

Опыт хирургического лечения объемных новообразований глотки 95

Опухоли носоглотки, возможности хирургического лечения 95

Рак языка с поражением гортаноглотки, новый технический прием в восстановлении пище проводящих путей 96

Отдаленные результаты криодеструкции рака кожи головы и шеи I и II стадии 97

Радиочастотная термоабляция как фактор повышения локального контроля при лечении злокачественных новообразований полости носа, околоносовых пазух и верхней челюсти 97

4-эй этап исследования многофункционального манипулятора для роботоассистенции в высокоточной хирургии 98

Эволюция в выборе хирургических доступов для шейных лимфаденэктомий 99

Хирургическое лечение и его прогнозирование у больных с местно-распространенным раком органов полости рта и ротоглотки 100

Лечение и реабилитация пациентов с опухолями полости носа и придаточных пазух 101

Первично-множественный плоскоклеточный рак органов головы и шеи. Особенности клинического течения, лечения и динамического наблюдения 102

Предикторы эффективности лучевой терапии и комбинированного лечения больных раком языка 103

Результаты таргетной модификации лучевой терапии плоскоклеточного орофарингеального рака 103

ЧЛХ 104

Минимально инвазивные технологии в хирургическом лечении больных с травмами суставного отростка нижней челюсти 104

"Дезоморфин" - ассоциированные остеонекрозы 105

Ранняя коррекция черепа у детей с синдромальными и несиндромальными краниосиностозами 106

Хирургическое лечение пациентов синдромами Apert, Crouzon и Pfeiffer 107

Срединная киста шеи или тиреоглоссальная киста? Топографо-анатомическая коррекция терминологии 107

Показатели цитокинов у больных с остеонекрозом костей лицевого черепа 108

Особенности лечения взрослых пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией, обусловленной нарушением развития челюстей 109

Применение материала "Коллост" для устранения остаточных полостей в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии 110

Эндоскопические технологии в хирургии височно-нижнечелюстного сустава 111

Клинические, рентгенологические и морфологические особенности бисфосфонатных остеонекрозов челюстей у пациентов со злокачественными новообразованиями различной локализации 111

Методы пластики оро-антрального свища при одонтогенном верхнечелюстном синусите 112

Особенности ортогнатической хирургии у пациентов с краниофациальной микросомией 113

Лечение больных при переломах мыщелко-вого отростка с полным медиальным вывихом 114

Характер повреждений скуло-альвеолярного гребня при переломах скуло-глазничного комплекса 115

Чрескожная радиочастотная деструкция сосудистых поражений челюстно-лицевой области 116

Остеонекрозы челюстей после приема про-тивоопухолевых препаратов 116

Классификация поражений кровеносных сосудов головы и шеи - новый взгляд 117

Лечение детей с лимфатическими мальформациями головы и шеи 117

Хирургическое лечение переломов средней зоны лицевого черепа сопровождающихся повреждением стенок верхнечелюстного синуса 118

Метод раннего ортопедического лечения младенцев с расщелиной губы и неба 119

Ретроспективный анализ результатов лечения пострадавших с переломами нижней челюсти 120

Опыт дентальной имплантации в сложных клинических случаях 120

Малоинвазивная радикальная гаймортомия, применение препарата полигемостат при реабилитации пациентов с хроническим синуситом 121

Организационные аспекты активной после-операционной реабилитации при проведении обширных операционных вмешательств в челюстно-лицевой области. Радиоэлектронные малоинвазивные регенеративные технологии 122

Опыт раннего иммедиат протезирования, как начальный ортопедический этап комплексной реабилитации пациентов после электрохирур-гической резекции верхней челюсти по поводу новообразований 123

Использование метода электронной аксиографии на этапах комплексной реабилитации детей с первично-костными заболеваниями ВНЧС 124

Особенности хирургического лечения амелобластомы в зависимости от уровня экспрессии матриксной металлопротеиназы-9 125

Восстановление мыщелкового отростка нижней челюсти после удаления доброкаче-ственных новообразований с помощью индивидуальных эндопротезов из никелида титана 126

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ 127

Возможности выбора радикального метода лечения тиреотоксикоза : хирургия или ради-ойодтерапия с применением математической модели "дерева принятия решения" и оценка их стоимости 127

Послеоперационный рецидивный зоб: причины, показания и результаты хирургического лечения 128

Выбор оперативного вмешательства при послеоперационном зобе у больных с ранним рецидивом 129

Опыт диагностики и лечения синдрома мно-жественной эндокринной неоплазии (МЭН) в одном центре эндокринной хирургии и онкологии 130

Двусторонний мультицентрический рак околощитовидных желёз как проявление третичного гиперпаратиреоза, осложнённого переломом шейки бедра 130

Методика проведения и критерии оценки эффективности чрескожной этаноловой деструкции узлового коллоидного пролиферирующего эутиреодного зоба 131

Применение минидоступа при паратиреодэктомии 132

Видеоассистированные функциональные латеральные лимфадиссекции (ВФЛЛ) на шее при метастазах в л/узлы шеи при высокодиф-ференцированных формах рака щитовидной железы (РЩЖ) 133

Качество голоса после тиреоидной хирургии 134

Экспрессия генов интегриновых рецепторов и их лигандов в злокачественных опухолях щитовидной железы с различным статусом мутации BRAF V600E 135

Показания к органосохранным операциям при папиллярном раке щитовидной железы 136

Профилактическая центральная лимфаденэктомия (ЦЛАЭ) безопасна, если все тиреоидные операции выполняются под визуальным контролем возвратных нервов и околощито-видных желёз 137

Оперативное пособие при местнораспространенном раке щитовидной железы 137

Видеоассистированные операции на щито-видной железе при новообразованиях из мини-доступов 138

Сроки диагностики дифференцированного рака щитовидной железы у детей России 138

Комбинированное лечение мультицентрической папиллярной карциномы щитовидной железы у больной с гигантской арахноидальной кистой головного мозга 139

Непосредственные результаты использования Европейского стандарта лечения рака щитовидной железы в двух административных округах г. Москвы 140

"Золотые стандарты" тиреоидной хирургии XXI века, заложенные в XIX-начале XX веков в России 141

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА 142

Опыт проведения сиалоэндовидеоскопии в условиях местной инфильтрационной анестезии 142

Роль сиалоэндовидеоскопии в комплексном обследовании пациентов при подозрении на слюнокаменную болезнь крупных слюнных желёз 143

ДЕРМАТОЛОГИЯ

Экспериментальное исследование взаимодействия нанодисперсной плаценты и кожи

Кузнецова Г.Е., Перевозчиков П.А., Лялин А.Н., Самарцев В.С., Турченко Е.В.

Республиканская офтальмологическая клиническая больница, Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск.

Известно, что одной из причин старения кожи век и образования морщин является деструкция коллагеновых волокон. Поэтому поиск новых методов коллагеногенеза остается одним из актуальных вопросов современной науки.

Цель работы - изучить глубину проникновения, морфологические проявления процессов взаимодействия частиц нанодисперсной плаценты человека с кожными покровами новорожденных крыс в условиях эксперимента.

Материалы и методы исследования. Консервацию плаценты осуществляли по методике отделения заготовки тканей «Биопласт» г. Ижевск. Лиофильно высушенную плаценту предварительно измельчали до порошка, затем в вакуумной мельнице «Pulverezette 7» при температуре до 600С превращали в аморфную взвесь, состоящую из агломератов с размерами частиц в них от 60 до 140 нм, в течение 60 минут.

Морфология. Элементный количественный анализ на возможное привнесение примесей в образцы плаценты при механоактивации проводился методом атомной эмиссионной спектроскопии с индуктивно связанной плазмой на приборе SpectroflameModula D фирмы SpectroAnalyticalInstrumets (Германия). Анализ проводился на содержание Fe, Cr, Ni, Mn, Mg, Si после двойной ионизации раствора в аргоновой плазме при 10000 К. Содержание Si в образцах как до, так и после механоактивации не превышает 0.005 масс. %, остальных элементов - 0.0002 масс. %. Исследования выполнены на крысах в возрасте от 5 дней до 1,5 месяцев. Производилось равномерное нанесение нанодисперсной плаценты на мазевой основе на поверхность кожных покровов новорожденных крыс.

Гистология кожи производилась на 1, 3, 5, 14 и 30 сутки от начала эксперимента. Кожу фиксировали в 10% нейтральном формалине. Окраска депарафинированных срезов толщиной 5 мкм осуществлялась гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону. Морфологическое изучение депарафинированных срезов методами световой микроскопии, атомной силовой микроскопии с использованием сканирующего зондового микроскопа SolverPro, сканирующей электронной микроскопии с использованием микроскопа JSM-840 A (Япония). Результаты исследования. На 1-3-е сутки на поверхности эпидермиса были видны остатки нанесенной мази. В наружных 2/3 эпидермиса и дермы (в межуточном веществе и клетках) находились единичные розово-синеватые мелкие частицы. На 5-е сутки эксперимента в межуточном веществе и в клетках глубоких слоев дермы и эпидермиса определялись мелкодисперсные синевато-коричневые частицы наноплаценты. При этом наблюдался значительный макрофагально-клеточный ответ в зонах нанесения мази. В цитоплазме макрофагов отмечалось наличие зернистых включений такого же как наночастицы плаценты цвета. На 14-е сутки эксперимента макрофагальная инфильтрация уменьшалась в эпидермисе и дерме, тогда как в более глубоких слоях (перивазально,в мышечном слое, вокруг и в клетках хрящевой ткани) еще сохранялись клетки макрофагальной активности, содержащие гранулы плаценты. Отмечено расширение капилляров дермы, появление превазоидов, увеличение в ней фибробластических реакций. На 30-е сутки отмечено увеличение новообразованных соединительно-тканных волокон,капилляров в эпидермисе и в собственно дерме. Макрофагальная активность отсутствовала, были выражены фибробластические реакции. Выводы: 1. По результатам проделанной работы можно говорить о возможности проникновения нанодисперсной плаценты в глубокие слои кожных покровов. 2. В глубоких слоях кожи, а также в сосудах, мышечной ткани и хрящах плацентарные включения (частицы нанодисперной плаценты) начинают появляться на 5-14 сутки экспозиции. 3. В конце 30-х суток наблюдаются значительные биологические эффекты в виде выраженных фибробластических реакций с формированием новообразованных соединительно-тканных волокон в эпидермисе и дерме, ангиогенез и расширение имеющихся капилляров, что может иметь практическое значение в дальнейшем как метод замедления инволюционных процессов кожи век.

Допустимые погрешности определения клинических параметров пигментных новообразований кожи

Кудрин К.Г., Решетов И.В., Маторин О.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, Москва.

В настоящее время актуальна задача скрининга и ранней диагностики меланомы кожи, которая является наиболее опасным среди новообразований кожи (НК). Современным мировым трендом является использование автоматизированных диагностических систем для скрининга и ранней диагностики меланомы. В основе работы автоматизированных диагностических систем с высоким уровнем автоматизации, применяемых для скрининга и ранней диагностики меланомы лежат методы обработки цифровых изображений и морфометрии. Совокупность аппаратных и программных средств диагностических систем в том или ином объёме решают задачу количественной оценки клинических признаков НК. Все современные диагностические системы реализуют скрининг новообразований кожи путём картирования поверхности кожи пациента с последующим измерением параметров: площадь, коэффициент формы, относительная яркость.

Этого набора параметров явно недостаточно для оценки известных клинических признаков НК и признаков их озлокачествления, используемых в медицинской практике. Существующие технические возможности позволяют измерять комплекс клинических параметров, адекватный клиническим признакам НК.

Целью работы является создание научной основы для автоматизированного скрининга НК.

Задачами работы являются определение комплекса измеряемых клинических параметров НК и оценка допустимых погрешностей при его автоматизированном измерении.

Материалы. Существующие клинические описания НК дают сведения о размерах, форме, цвете НК, особенностях границы, текстуры поверхности. Используемые в клинической практике системы оценки НК, используемые для раннего выявления меланомы (например, правило ABCD) позволяют экспертно (в баллах) оценить размеры (диаметр), форму (асимметрию), цвет (неоднородность), особенности границы (резкость, изрезанность). Кроме того, в клинической практике известен перечень визуальных признаков малигнизации пигментных НК. За исключением размеров НК (диаметр, площадь) все клинические признаки описываются качественно. Параметров: площадь, коэффициент формы, относительная яркость (которые используются в современных автоматизированных диагностических системах) – недостаточно для количественного описания клинических признаков НК и их озлокачествления.

Методы. Количественно описать клинические признаки НК и их малигнизации в терминах размеров, формы и цвета возможно с помощью следующего комплекса измеряемых параметров: максимальный диаметр; площадь за текущее и предыдущее обследование; период времени между обследованиями; отношение максимального диаметра к максимальному поперечному расстоянию между точками контура; относительное отклонение площади от площади равновеликого эллипса; относительное отклонение длины контура от длины сглаженного контура; пограничный нормированный градиент интенсивности; контраст; СКО координат цветности; средние значения координат цветности за текущее и предыдущее обследования.

Параметры группируются по следующим категориям: линейные геометрические, описывающие площадь, временные, параметры цвета. На основе доступных в литературе данных о параметрах размеров НК и их диагностически значимых изменениях с помощь методологии расчёта погрешностей косвенных измерений были получены значения допустимых погрешностей измерения линейных параметров и параметров площади. Для оценки допустимых погрешностей измерения параметров цвета использовались современные данные о возможностях зрительного анализатора человека.

Результаты. Полученные допустимые погрешности составляют: для линейных параметров: 0,45 мм; для параметров площади: 2,9 мм2; для параметров цвета: 4%.

Выводы. В рамках исследований сформирован комплекс измеряемых клинических параметров НК и оценены допустимые погрешности их измерения. Результаты исследований могут быть использованы для создания систем автоматизированного скрининга НК.

Клинические характеристики и возможности лекарственной терапии базальноклеточного рака кожи

Решетов И.В., Маторин О.В., Бабаскина Н.В.

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

Базальноклеточный рак кожи (БКРК) характеризуется высоким уровнем заболеваемости – по мировым оценкам ежегодно диагностируется около 2 миллионов новых случаев БКРК, при этом БКРК часто локализуется на открытых участках тела, что повышает социальную значимость данного заболевания, не смотря на достаточно низкий коэффициент смертности. Общепринятым и наиболее распространенным методом терапии БКРК является хирургическое лечение, которое, однако, в ряде случаев неприемлемо в связи с большим объемом или множественностью поражения, наличием метастазов БКРК, многократным рецидивированием после хирургического лечения. Более чем в 90% случаев БКРК наблюдается патологическая активация сигнального пути Хэджхог, играющего важную роль в период эмбриогенеза, но практически не активного у взрослых – за исключением волосяных фолликулов, сальных желез и стволовых клеток. Лекарственное вещество висмодегие представляет собой ингибитор сигнального пути Хэджхог, что позволяет использовать его в терапии БКРК. Висмодегиб был одобрен FDA в 2012 году для лечения метастатических и местно распространенных (нерезектабельных) БКРК у взрослых, в сентябре 2013 года препарат Эриведж (висмодегиб) зарегестрирован в РФ.

Согласно обновленным результатам клинического исследования II фазы ERIVANCE BCC, представленным в ноябре 2013 года, контроль заболевания (частота объективного ответа и стабилизация заболевания) составила 84,1% при нерезектабельной форме и 90,9% – при метастатическом поражении БКРК.

В настоящее время в рамках международного исследования продолжаются клинические испытания висмодегиба в качестве лекарственной терапии пациентов с множественными БКРК, поддающимися хирургическому лечению. Клинический пример – больной К., 63 лет, диагноз - первично множественный метахронный базальноклеточный рак. В связи с наличием крупных опухолей инвазивного характера роста, локализованных на спине (рецидив опухоли после радиочастотной термоаблации), груди, нижнем веке правого глаза с прорастанием в орбиту, хирургическое лечение возможно, но подразумевает многочисленные объемные операции. Рекомендовано проведение химиотерапии висмодегибом.

Таким образом, нам представляется целесообразной разработка новых алгоритмов мультидисциплинарного подхода к терапии БКРК, подразумевающего возможность использование химиотерапии висмодегибом как в составе комбинированного лечения, так и в качестве самостоятельной терапии.

ЛОР

Гранулемы гортани

Профессор, д.м.н. Крюков А. И.[1], д.м.н.
Вельтищев Д.Ю.[2], к.м.н.,
Романенко С.Г.[1], к.м.н.
Зелтынь А.Е.2, Серавина О.Ф.

1) ГБУЗ "Московский научно-практический Центр оториноларингологии им .Л.И. Свержевского" ДЗМ (директор – проф. А. И. Крюков);
2)ФГБУ "Московский научно-исследовательский институт психиатрии" МЗ РФ. (Директор профессор, д.м.н. Краснов В.Н.)

Нами было обследовано 45 больных с гранулемой гортани. У всех пациентов гранулема располагалась в типичном месте - в области черпаловидного хряща. 42 пациенты были мужчинами, 3 – женщины в возрасте от 33 до 65 лет (средний возраст 48.04±8.36 лет). Ни у одного пациента в анамнезе не было интубации. Длительность заболевания в среднем составила 22.8±25.43 месяцев. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и оценка клинико-функционального состояния гортани. У 32 пациентов была диагностирована различная патология пищевода, в основном гастроэзофагальный рефлюкс. Изменения показателей акустического анализа голоса, подтверждающие наличие твердой атака по данным компьютерного анализа были выявлены у 9 больных. У всех пациентов в соответствии с

данными анкетирования были диагностированы тревожно-депрессивные расстройства различной степени тяжести. 30 пациентов прошли полное психолого-психиатрическое обследование. Никто из обследованных пациентов не предъявлял жалоб на свое психическое состояние, все пациенты были социально адаптированы. У всех 30 пациентов с гранулемой были диагностированы расстройства тревожно-депрессивного спектра. Отмечено преобладание хронических, длительно протекающих расстройств, в виде дистимий, рекуррентного депрессивного расстройства и генерализованного тревожного расстройства; также значимы легкие и умеренные депрессивные эпизоды.

Характерным для этих больных было наличие выраженной соматоформной симптоматики (28,5%). Полученные в результате проведенного обследования данные свидетельствовали о наличии у пациентов хронических стрессовых факторов и их значимость в провокации и динамике как гранулемы гортани, так и расстройств тревожно-депрессивного спектра. Среди установленных факторов, предшествовавших развитию гранулемы гортани, повышение голосовой нагрузки встречалось только у 20% пациентов, а анамнез социальных стрессов и внутрисемейных конфликтов у 48,8% больных. Все пациенты были оперированы. Сроки проведения хирургического вмешательства были разными в зависимости от обследования пациентов, а также от выраженности перифокального воспаления.

Гранулема удалялась после проведения противовоспалительной терапии, на фоне отсутствия признаков острого воспаления. 5 больным был проведен курс фонопедических занятий, направленный на формирование правильных навыков фонации с исключением «твердой атаки». 28 пациентов были оперированы под местной анестезией, 17 под интубационным наркозом. У 12 пациентов применялись методы физического и химического воздействия для обработки послеоперационной раны в месте основания гранулемы. 17 пациентам проводилась обработка ложа гранулемы цитостатиками. В послеоперационный период проводилось стандартное противовоспалительное лечение ферментными препаратами, ингаляциями антисептиков, антирефлюксная терапия. Психофармакотерапию получали только 9 больных, что было связано с низкой комплаентностью этой категории больных. Рецидив гранулемы диагностирован у 37 больных.

Показанием к повторному хирургическому вмешательству служили жалобы пациента, размер гранулемы или появление гиперплазированных участков слизистой оболочки. Различий в количестве рецидивов заболевания среди пациентов получавших разную терапию или разные способы хирургического лечения не было. У всех больных, получавших психофармакотерапию отмечено улучшение течение заболевания, у 7 из них рецидива гранулемы не наступило.

Таким образом, проведенное исследование выявило высокую распространенность психических расстройств у пациентов с гранулемой гортани. Все обследованные пациенты страдали расстройствами тревожно-депрессивного спектра, которые характеризовались высоким удельным весом тревоги в клинической картине, длительным, зачастую хроническим течением. Результаты лечения этих пациентов с включением в комплекс лечебных мероприятий психофармакотерапии показал хороший клинический результат, несмотря на недостаточный по объему клинический материал.

Полиэтиологический характер заболевания, высокий процент рецидивирования гранулемы требует мультидисциплинарного подхода в лечении этой категории пациентов.

Диагностический поиск при симптомокомплексе "кома в горле"

Крюков А.И., Гехт А.Б., Романенко С.Г., Гудкова А.А., Казакова А.А.

Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Научно-практический психоневрологический центр, Москва.

Жалоба на ощущение КГ составляет от 4,1% до 5% причин обращений к оториноларингологу, и 76% - к фониатру. Около 78% пациентов с данным симптомом обращаются к врачам разных специальностей: эндокринологам, неврологам, гастроэнтерологам, онкологам, в связи с выраженной канцерофобией. В анамнезе 46% практически здоровых людей отмечены эпизоды жалоб на ощущение КГ. КГ может встречаться при следующей патологии: ГЭРБ, патология пищевода, позвоночника, щитовидной железы, хронические заболевания ЛОР-органов: хронический фарингит, хронический

тонзиллит, синдром постназального затека, образование гортани и гортаноглотки. У 45% людей КГ является симптомом стрессового расстройства. По номенклатуре МКБ-10 симптомы КГ входит в группу «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

У данной категории пациентов отмечено повышение показателей «алекситимичности», нейротизма, тревожности, депрессивности и низкий уровень экстраверсии. До сих пор не существует единого диагностического алгоритма для обследования пациентов с жалобами на КГ. На основании литературных данных и собственного клинического опыта (проведено комплексное обследование и лечение 92 пациентов с жалобой на КГ в возрасте от 18 до 65 лет) нами разработан и успешно применяется следующий алгоритм диагностики. Обследование пациентов с КГ требует тщательного анамнеза жалоб, подробного изучения анамнеза заболевания и жизни, выявления неблагоприятных факторов наследственности пациента (психические заболевания, онкология).

Для исключения электролитных нарушений, гипо- или гипергликемии, системных инфекций, железодефицитной анемии, гипотиреоза необходимо применение лабораторных методов исследования. Оториноларингологический осмотр пациентов при сочетании КГ с симптомами поражения гортани, гортаноглотки и с с-мом постназального затека должен дополняться эндориноларингоскопией для выявления образований гортани и гортаноглотки, хронической патологии носа и околоносовых пазух. Мы так же рекомендуем проведение диагностического промывания лакун небных миндалин р-рами антисептиков с целью выявления тонзиллолитов. При сочетании жалоб на КГ с признаками дисфагии, изжогой, а так же наличии пахидермии гортани, необходимо исключить патологию пищевода.

Путем эндоскопического обследования выявляется патологии верхних отделов пищеварительного тракта, в том числе гетеротопии слизистой оболочки желудка в пищевод и задние отделы гортани. Для диагностики ГЭРБ применяется является 24-часовой комбинированный многоканальный внутрипросветный импеданс пищевода-рН-мониторинг. Для выявления внепищеводных (оториноларингологических) проявлений ГЭРБ рекомендуют проводить рабепразоловый тест (тест с ИПП - рабепразол), чувствительность которого составляет 78-86%. Для исключения патологии шейного отдела позвоночника, как возможной причины КГ: шейные остеофиты, миозит, остеохондроз, болезнь Форестье (идиопатический гиперостоз скелета), тендинит превертебральных мягких тканей необходимо обследование у невролога.

Показанием для консультации пациента у эндокринолога, является изменение тембра голоса, увеличение объёма щитовидной железы и наличие пальпируемого узла щитовидной железы. Поскольку, около 80% пациентов с депрессией и тревогой, посещающие врачей общей практики, вначале предъявляют исключительно соматические жалобы, в качестве скринингового метода для первичной диагностики психического расстройства мы предлагаем проводить анкетирование пациентов с использованием психометрических шкал: Торонтская Алекситимическая шкала, симптоматический опросник SCL – 90. Даже при органической природе жалобы на КГ, повышение показателей тревожности, депрессии, соматизации, «алекситимичности», длительность жалобы на КГ более 3 месяцев, отсутствие эффекта от проведенной терапии, а так же выраженная канцерофобия являются показаниями для консультации психиатра. Таким образом, в настоящее время обследование и лечение пациентов с жалобой на «ком в горле» (КГ) остаётся сложной мультидисциплинарной проблемой. Несмотря на то, что этиологическим фактором КГ в большинстве случаев является ГЭРБ или психосоматическое После обследования пациента, при необходимости, проводится лечение всех выявленных заболеваний.

При стойких рецидивирующих жалобах на КГ следует провести повторное обследование через 6 месяцев, с целью исключения органической патологии.

Холестеатома среднего уха у детей

Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Пакина В.Р., Гарова Е.Е.

Московский научно-практический центр оториноларингологии им.Л.И. Свержевского, Москва.

Холестеатома уха - это образование белого цвета с перламутровым блеском, состоящее из наружного живого слоя эпидермиса (матрикса) и массы распавшихся эпидермальных клеток, врастающее в костные ячейки, запустевшие канальцы костных

стенок (Пальчун В.Т., Крюков А.И., 2001).

Цель: Изучить распространенность, клинико-диагностические критерии холестеатомы среднего уха у детей с различными формами хронического гнойного среднего отита. Материалы и методы: Обследовано 139 детей (159 ушей) с различными формами хронического гнойного среднего отита (ХГСО); в возрасте от 3 до 18 лет; мальчиков - 90, девочек - 49.

Методы обследования включали в себя: сбор анамнеза жизни, заболевания и жалоб ребенка (или его родителей),оториноларингологический осмотр, отоэндоскопию, КТ височных костей, аудиологическое исследование, микробиологическое исследование отделяемого из уха и определение чувствительности к антибиотикам.

Результаты: Согласно классификации И.И.Потапова (1961) преобладающей формой ХГСО был мезотимпанит - 90 больных (103 уха), эпитимпанит - 33 (38 ушей), эпимезотимпанит - 16 (18 ушей). Двусторонний хронический воспалительный процесс диагностирован у 20 детей, левосторонний - у 79, правосторонний - у 60. Длительность течения ХГСО составляла от 3 до 14 лет, причем 78,5% пациентов (или их родители) отмечали начало заболевания в возрасте 1-3 лет. При мезотимпаните (отоэндоскопическая картина) в 10 (9,7%) случаях перфорация была в натянутой части барабанной перепонки, ее размеры не превышали 3 мм. Подавляющее число перфораций при этой форме ХГСО были центральными - 93 (90,3%), в 81 случае ее размеры не превышали 2 мм. При эпитимпаните в 27 (71,1%) случаях дефект в ненатянутой части барабанной перепонки был краевым, в 12 случаях он не превышал 1,5 мм. Центральная перфорация диагностирована в 11 (28,9%), из них в 4 ушах она была точечной (не более 1 мм). Хотелось бы отметить, что в слуховом проходе при этой форме ХГСО визуализировались холестеатомные массы со зловонным запахом. Субтотальный дефект барабанной перепонки был диагностирован у всех пациентов с эпимезотимпанитом.

Анализ микробиологического исследования микрофлоры в отделяемом из уха показал, что высевалась как монофлора, которая была представлена St. aureus (27), Ps. aeruginosa (22), St. epidermidis (11), Kl. pneumonia (10), Morganella morganii (7), Str. pyogenes (6), E. coli (5), так и в 33 случаях смешанная флора, которая в основном имела место при эпи- и эпитимпаните. В 25 случаях посев отделяемого был стерилен, причем во всех случаях этот результат был получен у больных с мезотимпанитом. Исследование слуховой функции у детей с ХГСО выявило наличие кондуктивной тугоухости при мезотимпаните и смешанной формы тугоухости со слуховыми порогами по костному проведению 10,0±0,6 дБ и 20,0±1,8 дБ при эпи- и эпимезотимпаните соответственно, 100% разборчивость речи без феномена ускоренного нарастания громкости (ФУНГ). Отдельные КТ-симптомы холестеатомы среднего уха (Зеликович Е.И., 2004): склеротические изменения в сосцевидном отростке, наличие мягкотканного субстрата в аттике, деструктивные изменения слуховых косточек (особенно в длинном отростке и теле наковальни), расширенный адитус, кариозные изменения стенок полостей среднего уха на ограниченных участках - диагностированы у всех пациентов с эпитимпанитом, у 5 детей с эпимезотимпанитом, у 8 - с мезотимпанитом. Во всех наблюдениях диагноз холестеатомы подтвержден интраоперационными находками.

Выводы: 1. Эпи- и эпимезотимпанит в деском возрасте сопровождается развитием холестеатомы в 100% и 31,3% случаев соответственно, мезотимпанит - в 8,9%. 2. Регистрация нейросенсорного компонента, 100% разборчивость речи, отсутствие речевого ФУНГа при аудилогическом исследовании больных с эпи- и эпимезотимпанитом косвенно указывает на наличие холестеатомного процесса в ухе. 3. КТ височных костей является "золотым" стандартом в диагностике холестеатомы уха.

Результаты хирургии гломусных опухолей тимпанальной локализации

Крюков А.И., Фёдорова О.В., Гаров Е.В., Зеликович Е.И.

Московский научно-практический центр оториноларингологии, Москва.

Параганглиома – доброкачественная опухоль, исходящая из артериовенозных ана-стомозов гломусного типа (нейроэндокринных комплексов). Параганглиома среднего уха – опухоль, формирующаяся из адреналогенных клеток адвентициальной оболочки луковицы яремной вены (более 50%) или гломусных комплексов медиальной стенки барабанной полости, является не часто встречающимся заболеванием.

Гломусные опухоли тимпанальной локализации

проявляются, как правило, ушной симптоматикой – кондуктивной или смешанной тугоухостью, пульсирующим ушным шумом, реже – вестибулярными нарушениями. Несмотря на то, что диагноз в большинстве случаев возможно предположить на основании клинических симптомов и отоскопической картины, заболевание часто остается не диагностированным, и пациенты длительное время получают лечение по поводу острого среднего или экссудативного отита, сенсоневральной тугоухости и т.д. (Sanna M. et al, 2001).

Лишь при дальнейшем росте и распространении опухоли, появлении дополнительной неврологической симптоматики проводится расширенное обследование, которое позволяет выявить гломусную опухоль височной кости. Однако, именно ранняя диагностика гломусных опухолей тимпанальной локализации без вовлечения окружающих анатомических структур дает возможность провести адекватное хирургическое лечение в меньшем объеме с хорошими результатами и избежать осложнений (Wiet R., 2006).

За последние 10 лет нами были обследованы и пролечены 17 пациентов с пара-ганглиомами височной кости. Из них 4 мужчин и 13 женщин в возрасте от 35 до 63 лет. Сроки заболевания от 1,5 до 12 лет. Клинически опухоль проявлялась снижением слуха и пульсирующим ушным шу-мом у всех пациентов. У 14 больных отмечалась боль (тяжесть) в ухе, у 3 - головокружения, кровотечения и выделения из уха, у 1 - парез лицевого нерва. Отоскопические признаки гломусной опухоли определялись у всех пациентов. Пациентам проводилось комплексное диагностическое обследование, включающее ЛОР-осмотр с отомикроскопией, тональную пороговую аудиометрию и тимпанометрию, отоневрологическое и неврологическое обследование, компьютерную томографию (КТ) височных костей с контрастированием, КТ ангиографию и МРТ головного мозга (по показаниям).

Диагноз параганглиома подтвержден у всех пациентов по данным КТ с контрастированием: тимпанальная параганглиома I-IV типа выявлена у 12 больных, югулярная I–II типа – у 5. Все пациенты оперированы эндауральным (11) и трансмастоидальным (6) досту-пом. Опухоль удалялась инструментально, с использованием коагуляции и гольмиевого лазера. Тотальное удаление опухоли выполнено в 13 случаях и частичное – в 4. При необходимости проводилась тимпано- и оссикулопластика, пластика послеоперационной полости и нижней стенки наружного слухового прохода. Сроки послеоперационного наблюдения пациентов составляли 10 лет. Результаты лечения оценивались по динамике клинических проявлений, отоскопической картине и данным КТ височных костей в динамике.

Уменьшение или исчезновение шума, уменьшение ощущения давления в ухе отметили все пациенты. Улучшение слуха наблюдали в 4 случаях и уменьшение головокружения – в 3. Признаков роста опухоли при отомикроскопии не отмечено у 17 пациентов. По данным КТ с контрастированием продолженного роста опухоли на фоне послеоперационных изменений выявлено не было. Также отмечено уменьшение накопления контраста при неполном удалении опухоли.

Таким образом, своевременная диагностика гломусных опухолей дает возможность провести адекватное хирургическое лечение, которое достаточно эффективно при параганглиомах, не распространяющихся за пределы височной кости, даже при не полном их удалении.

Речевая реабилитация у ларингэктомированных больных

Кулакова Н.М., Письменный В.И., Письменный И.В.

Самарский областной онкологический диспансер, Самара.

Введение. Потеря голоса – огромная психологическая травма для человека. Проблема голосовой реабилитации и качества жизни больных, прошедших лечение по поводу опухолей верхних дыхательных путей, сохраняет свою актуальность. Способ реконструкции глотки и пищевода по запатентованному методу, создает благоприятные условия для выработки псевдоголоса.

Цель работы. Цель данной работы, определить направления фонопедической работы, обратить внимание на психологическое состояние пациента. Помочь пациенту прочувствовать наличие псевдоголоса, автоматизировать его в словах, фразах, связной речи.

Материалы и методы. В структуру комплексного логопедического обследования входит непосредственное обследование речевой функции, определяется степень нарушения коммуникации, а также

психологическое состояние больного, особенности его эмоциональной сферы. Курс фонопедических занятий состоит из трех этапов.

Первый этап занимает дыхательная гимнастка, направленная на формирование диафрагмального типа дыхании, с целью создания базиса псевдоголоса. Второй этап – выработка псевдоголоса. Стимуляция речевой активности возможна только на фоне сформированного длительного ротового выдоха Результаты и обсуждения. Работа основана на результатах клинических наблюдений в ходе практических занятий с больными. За 2013 год принято 150 человек, всем проведено логопедическое обследование, также проведено 250 занятий; данное количество пациентов составляет 56% от общего количества. Состояние голосовой функции больного определяется путем оценки дыхания и речи на слух.

Следует отметить, что на фоне сохраненного объема и физиологической формы неоглотки, созданы благоприятные условия для раннего выявления псевдоголоса и его автоматизации. Сформированная неоглотка выполняет роль нового вибратора и фонаторного приспособления.

Третий этап работы – автоматизация псевдоголоса в словах и фразах. Психотерапевтические беседы в рамках фонопедических занятий, варьируеются в зависимости от состояния пациента и этапа восстановительного лечения. Коррекционная работа начинается сразу после операции (с разрешения лечащего хирурга и хорошего соматического состояния пациента). В среднем курс фонопедической работы составляет 10 занятий по 30-40 минут. По окончании курса обучения проводилось обследование с целью определить наличие положительного результата, с учетом мнения самого пациента, посредством псевдоголосопроизношения.

Заключение. Практическая работа в условиях диспансера позволила сделать вывод о том, что стратегически важным для социальной адаптации пациентов, возвращения коммуникации, является расположение логопедического кабинета на территории хирургического отделения. Немаловажно - сотрудничество с семьёй для поддержания и адаптации больного в обществе

Ларингомикоз. Дифференциальный диагноз

Кунельская В.Я., Романенко С.Г., Шадрин Г.Б., Красникова Д.И.

Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Роль грибковой флоры при воспалительных заболеваниях гортани в литературе освещена недостаточно полно и до настоящего времени ларингомикоз считался редким заболеванием. В настоящее время отмечается рост грибковых заболеваний различной локализации, в том числе и ЛОР-органов. Наряду с этим, возрастает количество больных с длительно текущим и часто рецидивирующим хроническим ларингитом. Улучшение качества диагностики и оптимизация методов лечения данной категории пациентов является актуальной задачей современной оториноларингологии.

Цель исследования. Определить распространенность ларингомикоза в структуре хронических воспалительных заболеваний гортани, оценить клинико-функциональное состояние гортани у больных с данной патологией.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2012гг в Московском научно-практическом Центре оториноларингологии обследовано 179 больных хроническим ларингитом в возрасте от 16 до 86 лет (из них в 49% случаев встречалась гиперпластическая форма ларингита). У всех пациентов отмечалось затянувшееся или часто рецидивирующее течение ларингита, плохо поддающееся стандартным курсам терапии. Всем больным проводилась комплексная оценка клинико-функционального состояния гортани, включающая непрямую микроларингоскопию, эндовидеоларингоскопию, эндовидеоларингостробоскопию, компьютерный анализ голоса, клинико-лабораторное обследование, микробиологическое обследование и гистологическое исследование при гиперпластической форме ларингита.

Микологическое обследование проводили в два этапа по разработанной методике, для чего осуществляли отбор проб патологического материала непосредственно из очага воспаления при помощи стерильного гортанного выкусывателя под местной аппликационной анестезией и под контролем непрямой микроларингоскопии или эндовидеоларингоскопии. Основным критерием постановки диагноза «ларингомикоз» являлось лабораторное подтверждение (титр выделенных грибов не менее 1,0 * 104КОЕ и определение в мазках активно

вегетирующих грибов).

Результаты. В результате обследования 179 пациентов, микотическая природа ларингита выявлена у 68 больных (38%).

Установлено, что возбудителями ларингомикоза в подавляющем большинстве наблюдений – 66 больных (97%) являются дрожжеподобные грибы рода Candida. Плесневые грибы рода Aspergillus выделены у 2 больных (3%). Среди дрожжеподобных грибов рода Candida наиболее часто выделялась Candida albicans - 24 больных (29%), реже встречались и другие виды – C.tropicalis(12%), C.krusei(9%), C.pseudotropicalis(4%), C.glabrata(4%) и в 25% Candida spp. Среди больных гиперпластическим ларингитом грибковая флора выделена в 55% случаев, тогда как при катаральной форме ларингита в 28%, а при субатрофической форме в 6% случаев.

При микроларингоскопии обращают на себя внимание следующие признаки: наличие у всех больных белесоватых налетов или скопления густой мокроты в различных отделах гортани, умеренная гипертрофия вестибулярных складок, наличие пахидермии в межчерпаловидной области, диффузное или ограниченное утолщение голосовых складок, сосудистый рисунок которых ярко выражен и в ряде случаев имеет тенденцию к извитости и образованию клубочков, диффузная или ограниченная гиперемия слизистой оболочки, иногда общая субатрофия и сухость слизистой оболочки гортани с образованием сухих корочек.

При оценке предрасполагающих факторов развития ларингомикоза среди обследованной группы больных были выявлены следующие: применения ингаляционных или системных глюкокортикостероидов в связи с сопутствующей патологией, неоднократные курсы антибактериальной терапии, гипергликемия, в том числе впервые выявленная, тревожно-депрессивные расстройства, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, длительное ношение зубных протезов и неправильный уход за ними.

Выводы. Проведенное нами исследование показало большую роль грибковой флоры в структуре хронической воспалительной патологии гортани и доказывает необходимость проведения тщательного микологического обследования у больных с затянувшимся или часто рецидивирующим течением хронического воспалительного процесса в гортани.

Пломбировка полукружного канала в лечении головокружения при фистулах лабиринта

Кунельская Н.Л., Гаров Е.В., Шеремет А.С., Зеленкова В.Н., Гарова Е.Е.

Московский научно-практический центр оториноларингологии, Москва.

Фистула лабиринта (ФЛ) у больных хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) в 7,4% случаев является причиной периферических кохлеовестибулярных расстройств. Традиционные методы обработки ФЛ после операции дают равнозначные результаты слуховой функции: при удалении матрикса холестеатомы с последующей пластикой ФЛ различными аутотканями – сохранение (улучшение) слуха у 84%, ухудшение – у 11%, глухота – у 5%; при сохранении – 83%, 14% и 3%, соответственно (Copeland B., Buchman C., 2003). Однако у 2,2 - 22% больных эти операции не всегда избавляют больных от вестибулярных нарушений, что обусловлено сохранением костного дефекта лабиринтной капсулы, чаще при больших ФЛ (Меланьин В.Д., Васильева В.П., 1980; Heger F., Bauer M., 1982).

Некоторые авторы применяют селективную лазеродеструкцию ампулярного рецептора полукружного канала (ПК) достигая подавление вестибулярных проявле-ний ФЛ у 96,5% независимо от методики обработки фистул (Гаров Е.В. и соавт., 2012).

Экспериментальные исследования и клинические наблюдения эффективности частичной лабиринтэктомии в лечении головокружения при различной патологии лабиринта позволили использовать пломбировку просвета фистулы, при которой достигается 100% прекращение головокружения и только у 9-12% - повышение костных порогов слуха (Сариуш-Залесский Ю.Ф., Бойко Н.В., 1992; Крюков А.И. с соавт., 2012; Sherer H., Clarke A., 1985; Palva T., Johanson L., 1986; Parnes L., McClure J., 1990; Anthony P.,1991; Kobayashi T. et al., 1991 и 1995; Nam B. et al., 2002; Agrawal S., Parnes L., 2005; Yin S. et al., 2008; Chen Z. et al., 2010; Nomura Y., Kobayashi H., 2012). В отделе микрохирургии уха было проведено хирургическое лечение 178 больных ХГСО, осложнённым ФЛ. Всем больным проводилась санирующая операция на среднем ухе или ревизия послеоперационной полости: у 48 с сохра-

нением матрикса холестеатомы in situ на фистуле, у 71 – с удалением матрикса с последующей пластикой ФЛ различными аутотканями, у 59 – с сохранением, удалением матрикса, пластикой ФЛ и селективной лазеродеструкцией лабиринта (ЛДЛ). В двух последних группах у 24 (18,5%) пациентов при обнажении ФЛ отмечена перелимфорея, а у 16 (12,3%) – выполнена пломбировка просвета полукружного канала (ПК). Из них у 15 (93,8%) больных обнаружена распространённая (> 2 мм) ФЛ, у 10 (62,5%) – наблюдалась перелимфорея, а у 8 (50%) – операция выполнялась повторно. В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов после пломбировки ПК в месте ФЛ отмечено временное повышение порогов слуха по костной проводимости (КП) на 10-20 дБ.

В отдалённом периоде глухота оперированного уха возникла только у 1 (6,2%) пациента. Уменьшение прессорного головокружения, а в дальнейшем его прекращение достигнуто у 15 (93,8%) больных. Лучшие результаты отмечены при использовании пломбировки ПК в сочетании с ЛДЛ. На наш взгляд при обнажении и манипуляциях на ФЛ у больных ХГСО лучше избегать вскрытия перепончатого лабиринта и перелимфореи.

Осторожная обработка фистулы ПК после удаления всего патологического в условиях отсутствия активного воспаления и назначение гормональной терапии в послеоперационном периоде являются главными факторами сохранения функций лабиринта при любой хирургической методике. Пломбировка просвета ПК у больных ХГСО с ФЛ позволяет надёжно избавлять от головокружения в сравнении с пластикой ФЛ.

Инновации в лечении острого ларингита и его гнойных осложнений методом антимикробного фотодинамического воздействия

Лапченко А.С., Кучеров А.Г., Гуров А.В., Ордер Р.Я.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра оториноларингологии, Москва

В последние несколько лет значительно участились случаи заболеваний гортани. Это может быть связано с увеличением количества и разнообразия вирусных заболеваний верхних дыхательных путей, факторами общего и местного переохлаждения организма, снижением иммунитета, приводящим к активизации патогенной микрофлоры (стрептококк, стафилококк).

Также большую роль в патогенезе заболеваний гортани играют травмы и ранения органов шеи, являющиеся входными воротами для микроорганизмов из внешней среды.

Среди воспалительных заболеваний гортани особое место занимает флегмонозный ларингит, развивающийся вследствие банального острого ларингита. Заболевание встречается в любом возрасте, причем, у мужчин значительно чаще. Часто заболевание связано с общим или местным переохлаждением.

Другими причинами также могут быть вдыхание едких или горячих паров или сильно запыленного воздуха, перенапряжение голосовых складок, курение и злоупотребление алкоголем. Стандартным лечением этих заболеваний является антимикробная терапия и хирургический метод в случае формирования абсцессов в гортани. Однако, помимо общеизвестных методик, существуют и инновационные методы лечения.

Прогресс лазерной медицины привел к появлению принципиально нового способа воздействия на биологические объекты, связанного с взаимодействием целенаправленного лазерного излучения и нового класса фармакологических препаратов – фотосенсибилизаторов. Метод лечения воспалительных и пролиферативных заболеваний, злокачественных новообразований, основанный на применении фотодинамического воздействия называется фотодинамической терапией (ФДТ). Положительные результаты лечения воспалительных заболеваний методом фотодинамической терапии показывают высокую эффективность данного метода. При этом отмечено отсутствие осложнений и резистентности к антимикробной фотодинамической терапии.

Несмотря на очевидные преимущества антимикробной ФДТ, методик, посвященных лечению воспалительных заболеваний гортани данным методом, нет. На кафедре оториноларингологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова был разработан и апробирован метод лечения острых воспалительных заболеваний гортани их гнойных осложнений методом фотодинамического воздействия.

Так, в качестве фотосенсибилизатора был использован метиленовый синий. Существующие до

настоящего времени формы фотосенсибилизатора метиленовый синий (гель, раствор) не позволяли в нужном объеме добиться возможности доставки фотосенсибилизатора в полость гортани и в полость абсцесса надгортанника.

Было предложено использовать порошок на основе крахмала, содержащий фотосенсибилизатор (в концентрации 0,5 %). В качестве инструмента для доставки фотосенсибилизатора в полость гортани был модифицирован и запатентован инсуффлятор для порошкообразных лекарственных средств. Источником света и «активатором» фотосенсибилизатора выступил полупроводниковый терапевтический лазер для ФДТ АЛОД-01 «Гранат» (длина волны – 0,68 мкм). Методика заключалась в следующем: после вскрытия абсцесса язычной поверхности надгортанника и эвакуации гнойного содержимого в полость абсцесса и полость гортани наносился метиленовый синий на основе крахмала методом инсуффляции, экспозиция 10 минут. Затем, в полость абсцесса устанавливался проводник с рассеивающей насадкой.

Параметры лазерного излучения подбирались индивидуально, в зависимости от выраженности и распространенности гнойного-воспалительного процесса в гортани. Всем пациентам проводилось от 2 до 5 процедур. На указанную методику поданы документы на патентование в ФИПС. Таким образом, применение метиленового синего на основе крахмала в сочетании с методом доставки фотосенсибилизатора посредством инсуффляции в полость гортани позволяет более эффективно «прокрасить» воспаленные ткани гортани, повысить площадь воздействия фотосенсибилизатора и надежно фиксировать активное вещество на слизистой.

Кроме того, применение ФДТ эндоларингеально позволяет за 2 - 5 сеансов добиться полного восстановления воспаленной слизистой оболочки и в достаточной мере ускорить выздоровление пациента, что, в свою очередь, значительно сокращает сроки госпитализации и повышает экономическую эффективность хирургического ЛОР-стационара.

Цитокиновый и нейроэндокринный профиль у пациентов с сенсоневральной тугоухостью

Петрова Н.Н., Перевозчикова В.Н.
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Проблема острой сенсоневральной тугоухости (ОСНТ) остается одной из важнейших для ученых всего мира. Пациенты, у которых возникло внезапное снижение слуха, становятся практически отстраненными от окружающей жизни, происходит их социальная дезадаптация. Однако биологические механизмы, лежащие в основе этой патологии, понятны лишь отчасти, поэтому зачастую лечение таким пациен-там назначается эмпирически.

К сожалению, далеко не во всех случаях удается восстановить слух до прежнего уровня. В последние годы появились работы, в которых авторы указывают на участие вос-палительных процессов в патогенезе СНТ и на возможные цитокинопосредованные меха-низмы развития этой патологии. В организме человека существуют тесные связи между нервной, иммунной и эндокринной системами.

Главенствующая роль в регуляции этих взаимодействий отводится гормону эпифиза мелатонину. Он обладает широким спектром действия, в частности, иммуномодулирующим, которое осуществляется посредством ме-диаторов межклеточного взаимодействия – цитокинов. Уровень выработки мелатонина в организме человека имеет выраженные суточные колебания и до 90% от суточного коли-чества гормона продуцируется в ночное время.

Пик выброса данного гормона в кровь приходится на 2-3 часа ночи, а период полураспада составляет около 45 минут. В связи с этим, весьма затруднительно определение концентрации мелатонина в сыворотке крови без нарушения структуры сна. Поэтому целесообразно определять основной метаболит мелатонина 6-СОМТ в ночной моче, собранной в период с 23:00 до 08:00. Цель работы: определение уровня экскреции 6-СОМТ и уровня провоспалительных цитокинов у пациентов с ОСНТ. Пациенты и методы: в исследование включены 60 человек, разделенные на две группы. В первую группу (основную) вошли 36 человек, средний возраст 43,6±5,6 лет. Критерием включения был установленный диагноз ОСНТ. Во вторую (контрольную) группу вошли 24 человека без какой-либо патологии со стороны слуховой системы, средний возраст 44±8,5 года.

Критерием исключения из исследования для пациентов обеих групп являлось наличие любого острого или обострения хронического заболевания. Определение провоспалительных цитокинов

интерферона-гамма (IFN-γ) и фактора некроза опухоли-альфа (TNF-α) в сыворотке крови пациентов проводили согласно прилагаемым инструкциям методом ИФА с помощью тест-систем производства ООО «Цитокин» (Россия, Санкт-Петербург). Определение уровня экскреции 6-СОМТ в ночной моче производили методом ИФА с помощью тест-системы Melatonin ELISA («IBL Hamburg», Германия), согласно инструкциям. Результаты оценивали на планшетном спектрофото-метре «Униплан-2000» при длине волны 450 нм. Результаты. Установлено, что у пациентов, страдающих ОСНТ по сравнению с группой контроля наблюдались изменения в цитокиновом и нейроэндокринном профиле, выражающиеся в повышении уровня исследуемых показателей. При определении уровня метаболита мелатонина, у пациентов первой группы средний уровень экскреции 6-СОМТ составил 1076,7±157,1 нг/час, в то время, как в группе контроля он составил 755,2±154,3 нг/час.

Анализ результатов определения уровня цитокинов показал, что у лиц первой группы эти показатели были достоверно выше, чем аналогичные параметры у исследуемых из контрольной группы. Среднее значение TNF-у в первой группе составило 12,2±4,2 пг/мл, что в 3,2 раза больше, чем во второй группе (3,8±1,4 пг/мл). Уровень продукции IFN-γ у лиц группы контроля составил 15,058±5,5 пг/мл. У пациентов основной группы среднее значение этого показателя равнялось 54,9±10,5 пг/мл, что в 3,6 раза превышало аналогичные у здоровых лиц.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об изменении цитокинового и нейроэндокринного профиля пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью, что проявляется повышением уровня продукции TNF-α, IFN-γ, а также повышением уровня экс-креции 6-СОМТ.

Результаты исследования не исключают участия иммунной и нейроэндокринной систем в развитии острого периода поражения слухового анализатора. Выявленные нами изменения согласовываются с теорией об участии иммунной системы в развитии СНТ, могут помочь определить механизмы этиопатогенеза заболевания и служат основанием для дальнейших исследований.

Экспериментально-клиническое сравнение современных методов электрохирургии в ЛОР-практике

Свистушкин В.М., Пряников П.Д.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Центральная районная больница городского округа Балашиха, Москва, Балашиха

Введение. В 1892 году французский ученый Арсени д'Арсонваль (Arsene d'Arsonval) впервые описал эффект воздействия тока высокой частоты на человека. На сегодняшний день электрохирургические методы воздействия нашли широкое распространение в различных областях медицины, включая оториноларингологию. Устройства, в которых используется различная частота тока в диапазоне от 500 кГц до нескольких МГц, с успехом применяются при проведении операций на органах верхнего отдела дыхательных путей и уха. В последние годы одним из наиболее востребованных в ЛОР-практике является метод радиохирургии (частота до 4 МГц). Молекулярно-резонансный метод является новым этапом развития электрохирургии и основан на использовании высокочастотных токов, вызывающих образование в тканях явление молекулярного резонанса (частота 4-16 МГц).

До настоящего времени в России не опубликованы научные работы по детальному экспериментально-клиническому сравнению радиоволнового и молекулярно-резонансного методов хирургии.

Цель исследования. Сравнить эффективность методов радиочастотного и молекулярно-резонансного воздействия в экспериментально-клинических условиях.

Материалы и методы. Исследования проходили на базе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 2011 по 2014 гг. и на базе МБУ «ЦРБ» Городского округа Балашиха в 2013 г. Первым этапом было выполнено экспериментальное исследование. Нами проведен анализ радиоволнового воздействия с частотой электроэнергии 4 МГц и молекулярно-резонансного воздействия (4-16 МГц). В качестве экспериментальной модели были выбраны кролики - самцы, весом около 4 кг, количеством 10. Животных вводили в сон (доза золетила и рометара из расчета 0.1 мл/кг веса тела). Проводили эпиляцию кожи в области спины животного, после этого в

данном месте наносили по 3 раны в 2 ряда длинной 1.5 см. В 1-м ряду действие проводили радиохирургическим аппаратом (в монополярном режиме cut, 30 Вт), во 2-м – молекулярно-резонансным аппаратом (в монополярном режиме cut 30 Вт). При помощи цитологического и гистологического методов были оценены параметры регенераторных процессов в ране. На втором этапе было выполнено клиническое исследование. Проведено хирургическое лечение 120 больным (41% - мужчины, 59% - женщины) в возрасте от 18 to 69 (средний возраст – 35 лет).

Все больные были разделены на 2 группы и 3 подгруппы. В первой группе, куда вошли 60 пациентов применяли метод радиоволновой хирургии. Молекулярно-резонансную хирургию использовали во второй группе (также 60 пациентов). В первой подгруппе проводили вазотомию (40 человек), во второй - тонзиллэктомию (40) и в третей - трахеостомию (также 40 человек). Таким образом, по 20 человек в каждой подгруппе были прооперированы радиоволновым и молекулярно-резонансным методами. Объективный контроль в до- и послеоперационном периоде осуществляли при помощи цитологического исследования, передней активной риноманометрии, а также на основании использования визуально-аналоговых шкал.

Результаты. В ходе проведенного нами исследования, выявлено: 1. Зона коагуляционного некроза после радиоволнового воздействия на 20% меньше в сравнении с молекулярно-резонансным. 2. Дегенеративно-воспалительная фаза после воздействия радиоволновым аппаратом короче на 1-2 дня. 3. Количественное содержание нейтрофилов в ране после применения радиоволнового воздействия в 3 раза меньше в сравнении с методом молекулярно-резонансной хирургии. 4. Регенеративный период заживления раны (эпителизация и рубцевание) наступает раньше на 1-2 суток при использовании радиоволновой методики. 5. После радиоволнового метода воздействия в 81% случаев суммарный объемны поток вдыхаемого воздуха увеличивался в 3 раза на 14-е сутки после операции, а после молекулярно-резонансного воздействия при прочих равных условиях увеличение происходило в два раза. 6. Исходя из результатов ВАШ после радиоволновой тонзиллэктомии болевой синдром купировался в среднем на 3 дня раньше (в 81% случаев), чем при использовании аппарата с молекулярно-резонансным диапазоном в ходе операции.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали преимущества метода радиоволновой хирургии перед методом молекулярно-резонансной хирургии.

Варианты пластики и алгоритм ведения больных с ликворным свищем основной пазухи

Туровский А.Б., Сединкин А.А., Талалайко Ю.В.

Московский научно-практический центр отоларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Развитие функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух и эндоназальной хирургии гипофиза позволили выполнять эндоназальные вмешательства на основании черепа.

На современном этапе развития эндоназальному закрытию доступны ликворные дефекты (ЛД) практически любой локализации. Только ЛД задних стенок лобных пазух в ряде случаев требуют применения комбинированного или наружного (экстраназального доступа). По этиологии назальной ликвореи (НЛ) классифицируют на травматические (в том числе ятрогенные) и спонтанные. Спонтанная НЛ встречается значительно реже, чем травматическая.

Большинство исследователей связывает развитие спонтанной НЛ с особенностями строения костей черепа повышенным внутричерепным давлением. Этот факт подтверждается тем, что у части пациентов со спонтанной НЛ выявляются клинические и рентгенологические признаки повышенного внутричерепного давления.

Диагностика включает в себя биохимические тесты отделяемого из полости носа эндоскопическое исследование полости носа, лучевые методы диагностики. Проведение рутинного биохимического исследования отделяемого из полости носа направлено на определение концентрации глюкозы, выявление которой подтверждает диагноз НЛ. Однако, выполнение такого исследования возможно только при явной НЛ с выделением большого объема ликвора.

При скрытой ликворее биохимическим показателем для ее выявления является определение бета-2 трансферрина. Лучевая диагностика базируется на компьютерной томографии (КТ) и КТ-цистернографии. Проведение КТ с эндолюмбальным введением рентгенконтрастного препарата позволяет точно локализовать источник ликвореи.

Хирургическое лечение заключается в закрытии ЛД с применением различных пластических материалов. В подавляющем большинстве случаев для пластики используются собственные ткани пациента. Чаще используются так называемые многослойные пластики ЛД, когда различные виды трансплантатов укладываются в виде своеобразного сэндвича экстра- и интракраниально. Для герметизации ЛД после пластики применяются различные биологические клеи на основе коллагена. Большое значение имеет ведение послеоперационного периода. Важнейшими его особенностями является обеспечение снижения внутричерепного давления, что достигается установкой люмбального дренажа, снижением продукции ликвора путем назначения диуретиков, назначением строго охранительного режима. Назначается антибактериальная терапия.

Под нашим наблюдением находилось 4 пациента со спонтанной НЛ из основной пазухи. У троих пациентов причину возникновения ликвореи установить не удалось, у одного пациента НЛ развилась на фоне хронического грибкового сфеноидита. У всех пациентов диагноз был подтвержден результатами биохимического исследования отделяемого из носа, а также КТ-цистернографией. У троих пациентов источник НЛ локализовался в правой основной пазухе, у одного – в левой. Особенностью локализации ЛД во всех случаях было расположение в непосредственной близости от внутренней сонной артерии, что существенно увеличивало риск ее ранения при выполнении пластики. Учитывая опасность выполнения пластики по традиционной методике с интракраниальным введением нами была применена оригинальная методика пластики хрящевым трансплантатом и свободным слизисты лоскутом с нижней носовой раковины.

После выполнения сфенотомии и выявления ЛД в пазухе на него укладывался адаптированный по форме хрящевой трансплантат. После выполнялась герметизация пластики коллагеновым клеем. Вторым слоем укладывали свободный слизистый лоскут из нижней носовой раковины. После операции пазуху тампонировала рассасывающимся тампоном. У всех пациентов в послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию цефалоспоринами 3 поколения и уменьшали внутричерепное давление с помощью люмбального дренажа и диуретиков.

Во всех случаях был достигнут положительный клинический результат. В настоящее время срок наблюдения составляет от 16 до 2 месяцев. Рецидив ликвореи не зарегистрирован ни у одного больного.

Качество голоса после тиреоидной хирургии

Фуки Е.М., Трофимов Е.И., Осипенко Е.В.

Научно-клинический центр оториноларингологии, Москва

В последние десятилетия отмечается рост числа заболеваний щитовидной железы, значительная часть которых требует хирургического лечения. Специфическими осложнениями тиреоидной хирургии являются повреждения гортанных нервов, выражающиеся появлением в послеоперационном периоде, разной степени выраженности осиплости, вплоть до афонии, затруднением дыхания, вплоть до асфиксии.

Клинические проявления при повреждениях наружной ветви верхнего гортанного нерва (НВВГН) не столь очевидны, как при травмах возвратного нерва, однако не менее драматичны для пациента. Цель работы: повышение эффективности профилактики травм нервов гортани при хирургических вмешательствах на щитовидной железе.

Задачи. 1. Интраоперационно идентифицировать нервы с применением операционного микроскопа, электрофизиологического мониторинга щиточерпаловидных и перстнещитовидных мышц. 2. Оценить функциональное состояние голосового аппарата у больных до и после операции с использованием ларингостробоскопии, акустического анализа голоса, игольчатой электромиографии гортани.

Материалы и методы. Во время операций на щитовидной железе у 170 пациентов мы использовали методы идентификации нервов гортани. Интраоперационная регистрация биоэлектрических потенциалов мышц гортани позволяла обнаружить и сохранить соответствующие нервы. Перед- и после операции проводилась комплексная оценка функций гортани, включающая: тест-опросник «индекс качества голоса» (Voice handicap index), оценку охриплости по Yanagihara, акустическое исследование голоса с помощью компьютерной программы Multi-Dimensional Voice Program, видеоларингостробоскопию. У некоторых больных, по показаниям – игольчатая ларингеальная электромиография

(ЛЭМГ). Результаты.

При всех операциях были идентифицированы возвратные гортанные нервы. При попытках идентификации 237 наружных ветвей верхнего гортанного нерва успешно обнаружены 200 (84,4%). Послеоперационные транзиторные нарушения функции возвратного нерва диагностированы у 2,4% пациентов в группе с микроскопической визуализацией и у 1,1% при электрофизиологическом нейромониторинге. Признаки повреждения НВВГН наблюдались у 7,3% при микроскопической визуализации и 5,6% при электрофизиологическом нейромониторинге, которые устранились в сроки до 3 месяцев.

Повреждение НВВГН не может быть диагностировано исключительно по акустическому анализу голоса или ларингостробоскопии. Статистически достоверна корреляция между уменьшением максимальной частоты голоса и патологическим ЛЭМГ. Другие неинвазивные диагностические методики коррелировали с ЛЭМГ статистически на уровне тенденции. Выводы. Наиболее доказательным методом для определения повреждения НВВГН и перстнещитовидной мышцы является ЛЭМГ, в то время как акустический анализ голоса и ларингостробоскопия – основные уточняющие процедуры при данной патологии.

Избежать травматизации гортанных нервов абсолютно у всех пациентов, по-видимому, невозможно, однако прецизионное выполнение операции с использованием современных методов интраоперационного нейромониторинга в значительной степени снижает вероятность стойких изменений голоса.

Риноманометрическое исследование носового дыхания у пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти онкологического генеза

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва

Кувшинова А.К., Пивоваров А.А.

В современной стоматологии особое место занимает ортопедическая реабилитация больных с дефектами и деформациями лица и челюстей. В последние годы в нашей стране отмечается увеличение потребности в специализированной стоматологической помощи в челюстно-лицевом протезировании в связи с увеличением количества пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу удаления новообразований данной области (Дробышев А.Ю., 2007; Жулев Е.Н. с соавт., 2008; Кулаков А.А. с соавт., 2009; Chandra T.S. et al., 2008). Клинический прием таких больных вызывает трудности как с профессиональной (для врачей-стоматологов) точки зрения, так и со стороны самих пациентов (В.В. Агапов, 2002). В частности, у пациентов есть существенные трудности при разговоре, жевании, глотании, также страдает эстетика лица (Keyf F., 2001; Leles CR., 2010; Wei FC., 2002, 2003; Moizan H., 2003).

Цель исследования. Оценить степень нарушения носового дыхания у пациентов с дефектами верхней челюсти онкологического генеза. Материалы и методы. Было проведено исследование 24 пациентов с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза. Возраст обследованных от 35 до 72 лет, из них было 9 мужчин и 15 женщин. Все пациенты были с частичным отсутствием зубов и имели сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой и полостью носа, дефекты были замещены частичными съемными протезами-обтураторами. Пациентам проводили риноманометрию для объективного определения носового дыхательного сопротивления и объема воздушного потока, которое имеет большое значение для диагностики и терапевтического контроля процессов, протекающих после хирургического вмешательства.

Исследование функции носового дыхания проводили методом риноманометрии с помощью аппарата Rhino 300 (Atmos). Rhino 300 – компьютерный риноманометр, который позволяет проводить обследования по методике передней активной риноманометрии (ПАР). Показатели, которые позволяет вычислить аппарат: объем (V) респираторного потока (в сантиметрах кубических в секунду (см3/с)), разности давления (Р) между носовыми ходами (в паскалях (Па)), а также сопротивление (в паскалях на кубический сантиметр в секунду (Па/см3/с)). Дыхательный объем регистрируется с помощью кольцевой диафрагмы, присоединенной к маске. Прозрачная лицевая маска позволяет следить за правильностью дыхания пациента. В каждой половине носа поочередно закрепляется катетер с помощью носового адаптера. Во время исследования происходит синхронное измерение объема

потока воздуха и дифференциального давления между хоанами (на стороне адаптера) и внешними носовыми отверстиями (на свободной стороне носа). Во время измерения обращали внимание на плотное прилегание маски к лицу, следили за тем, чтобы пациент ни в коем случае не дышал ртом. Измерение дыхательных параметров проводилось по 16 секунд с каждой стороны (со стороны и дефекта и противоположной), при этом измерения проводились как без протеза-обтуратора верхней челюсти, так и с протезом.

Результаты исследования. Анализ риноманограмм показал, что со стороны дефекта при наличии сообщения с верхнечелюстной пазухой объем вдыхаемого и выдыхаемого воздуха увеличен (516±23 см3/с – со стороны дефекта, 252±12 см3/с – с противоположной стороны), но при этом снижены показатели сопротивления воздушной струи при вдохе и выдохе (75 Па - со стороны дефекта, 150 Па – с противоположной стороны), т.е. не достигается оптимальный уровень давления воздуха. При исследовании носового дыхания с протезом верхней челюсти мы получили показатели в пределах нормы.

Выводы. Проведение риноманометрии пациентам с приобретенными дефектами верхней челюсти онкологического генеза, замещенные протезами обтураторами позволяет не только дать объективную оценку нарушения носового дыхания и наличия сообщения полости рта и полости носа, но так же оценить качество съемного протеза верхней челюсти по параметру эффективности разобщения полости рта и полости носа.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Рентгенологические особенности остеодисплазии челюстно-лицевой области

Аржанцев А.П.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

С целью оценки рентгеноскиалогических проявлений остеодиспластических поражений челюстно-лицевой области проведен анализ рентгеновских материалов более 500 больных с различными формами диспластической костной перестройки. Изучались ортопантомограммы, зонограммы средней зоны лицевого отдела черепа и височно-нижнечелюстных суставов, полученные по специальным программам на ортопантомографах, рентгеновские компьютерные томограммы. Диспластические поражения лицевых костей в основном относились к фиброзной остеодисплазии и остеоцементодисплазии, характеризовались исчезновением обычного костного рисунка, появлением четко очерченной псевдокистозной зоны с невысокой степенью прозрачности тени и вздутием кости, либо неравномерным уплотнением структуры, подобным остеосклерозу, либо чередованием участков пониженной и повышенной плотности в сочетании с деформацией контура челюсти. Последняя из перечисленных форм была рентгенологически сходна с картиной продуктивно-деструктивного остеомиелита.

Чаще встречалась односторонняя поли- и монооссальная формы дисплазии. У 12 % пациентов наблюдалось двустороннее поражение углов и боковых отделов нижней челюсти или нижней челюсти в целом, увеличение объема верхней челюсти и скуловых костей. У пациентов, направленных из других медицинских учреждений в 75 % случаев диагноз не был поставлен, либо оказался ошибочным.

Так, картину диспластической перестройки нередко трактовали как остеомиелит или опухолевый процесс. Единичные или множественные очаги периапикальной остеоцементодисплазии оказались случайной рентгеновской находкой при исследованиях, выполненных пациентам в связи с лечением зубов. Участки пониженной плотности, окруженные уплотненной костью, нередко создавали картину периапикальной деструкции или небольших полостных образований. В 35% случаев из-за суммации с цементосодержащей уплотненной костью контуры периапикальных тканей не были видны.

По ортопантомограммам диагностировались очаги остеодисплазии различной локализации и размеров. При расположении патологического процесса в области корней зубов для уточнения состояния периодонта дополнительно применялись внутриротовые периапикальные рентгенограммы. Диагностика остеодисплазии, распространяющейся на область верхнечелюстных пазух и скуловых костей, выполнялась по панорамным зонограммам средней зоны лицевого черепа, вовлечение в процесс элементов ВНЧС выявлялось по зонограммам

сустава.

Однако результаты вышеперечисленных методик не позволяли достоверно определить, локализуется зона дисплазии непосредственно в анатомических деталях (верхнечелюстная пазуха, полость носа, нижнечелюстной канал, подбородочное отверстие) или только проецируется на их фоне. Не представлялось возможным выявить распространённость патологического процесса в каждой из кортикальных пластин челюстей.

На основании данных рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) объективно оценивалось расположение зоны дисплазии в поперечнике челюстей, вовлечение в процесс наружной или внутренней кортикальных пластин лицевых костей, распространенность патологического процесса в челюстно-лицевой области и его последствия. Трехмерная реконструкция изображения давала наглядную информацию о степени деформации поверхностей костей лица.

Точное определение локализации очагов диспластической перестройки в области лунок удаленных зубов имело значение при планировании дентальной имплантации, т.к. наличие уплотненных костных тканей препятствовало созданию имплантационного ложа и установки внутрикостного имплантата.

Полученные данные свидетельствуют о полиморфизме рентгеноскиалогических проявлений остеодиспластической перестройки костей лица, для объективной рентгенодиагностики которой наряду с панорамной зонографией целесообразно использовать РКТ.

Рентгенологическое исследование при эндодонтическом лечении

Аржанцев А.П., Ахмедова З.Р., Винниченко Ю.А., Антонова И.И., Никуленкова С.Г., Маркарян Н.Р.

ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздрава России, ЦКБ РАН Поликлиника 3, Москва.

Целью исследования являлось экспериментально-клиническое изучение информативности различных рентгенологических методик, традиционно используемых при эндодонтическом лечении в сопоставлении с результатами рентгеновской компьютерной томографии (РКТ). В эксперименте на скелетированных челюстях со всеми группами зубов выполнены 92 внутриротовые рентгенограммы, 12 ортопантомограмм, 1192 спиральные и конусно-лучевые компьютерные томограммы. В клинике при исследовании 158 пациентов проанализированы 63 ортопантомограммы, 374 внутриротовые рентгенограммы, 44 компьютерные томограммы. Исследования осуществлялись на рентгеновских аппаратах Trophy Radiolologie (фирма Trophy, Франция) и «Orthophos XG5 DS Ceph» (фирма Sirona Dental System GmbH, Германия), компьютерном томографе «New Tom 3G» (фирма NIM S.r.l., Италия).

Выявлено, что при применении внутриротовой периапикальной рентгенографии в одном корне зуба, как правило, невозможно было проследить расположение 2 корневых каналов. В зоне нижней трети корней зубов отображение корневых каналов было менее четким, либо вообще отсутствовало.

При рентгенографии параллельной техникой изображение корней зубов в сравнении с периапикальной съемкой становилось более отчетливым, но имело аналогичные закономерности. На периапикальных рентгенограммахя в косых проекциях качество изображения нижних отделов корней ухудшалось. На ортопантомограммах корневые каналы визулизировались недостаточно отчетливо.

Применение РКТ перед эндодонтическим лечением позволяло выявить наличие корневых каналов, оценить их конфигурацию, обнаружить в них участки обызвествления, визуализировать расположение имеющихся апикальных отверстий. Информация о строении корней зубов, полученная перед эндодонтическими манипуляциями, позволяла заранее спланировать тактику лечения, сократить время на выявление корневых каналов, повысить качество лечения.

При оценке качества обтурации корневых каналов зубов обнаружено, что на периапикальных рентгенограммах зуба, у которого один из двух корневых каналов не запломбирован, изображение незапломбированного корневого канала часто отсутствовало или становилось нечетким, наблюдалась суммация теней двух обтурированных корневых каналов в одном корне зуба. На периапикальных снимках в косой проекции два запломбированных корневых канала в одном корне зуба визуализировались раздельно, но в нижних отделах корня их тени обычно суммировались. Если верхушка корня зуба была уплощена или апикаль-

ное отверстие находилось на передней или задней поверхностях корня на расстоянии от рентгеновской верхушки корня, то возникала картина недопломбированного корневого канала. На ортопантомограммах нечеткость отображения переднего отдела челюстей в большинстве случаев не позволяла достоверно определить степень обтурации корневых каналов резцов и клыков. В корневом канале принадлежность тени к фрагментам инструментов для прохождения и расширения корневых каналов обнаруживалась при ширине от 0,2 мм и больше, контуры их поверхностей были неровные. Изображение гуттаперчевых штифтов часто становилось сходным с фрагментами концевых отделов эндодонтических инструментов, имеющих ширину от 0,10 – 0,15 мм и менее. РКТ в сопоставлении с другими рентгенологическими методиками предоставляла достоверную информацию о качестве обтурации корневых каналов всех групп зубов, но в сравнении с внутриротовыми рентгенограммами менее отчетливо передавала переломы без смещения и трещины корней зубов, а также фрагменты эндодонтических инструментов в слое пломбировочного материала. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности использования при эндодонтическом лечении сочетания методик внутриротовой рентгенографии и РКТ, по информативности дополняющих друг друга.

Методы диагностики синдромальных форм краниосиностозов

Бельченко В.А., Колтунов Д.Е.

Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы департамента здравоохранения г. Москвы, Москва.

Диагностика синдромальных форм краниосиностозов возможна ещё в пренатальном периоде. Пренатальная диагностика осуществляется 2 основными методиками - трехмерным ультразвуковым исследованием и генетическом исследованием основанном на обнаружении молекулярных маркеров. Трехмерное ультразвуковое исследование плода получило большое распространение в связи с появлением высоко репрезентативных аппаратов последнего поколения.

В связи с выявлением конкретных мутаций ответственных за различные виды синдромальных краниосиностозов, стало возможным проведение пренатальной и постнатальная диагностики синдромальных краниосиностозов, основанной на поиске мутаций генов рецепторов фактора роста фибробластов (FGFR 1,2,3) и генов TWIST и MSX2.

Данная методика позволяет абсолютно точно определить тот или иной синдром, включающий в себя краниосиностоз В постнатальном периоде диагноз может быть поставлен по результатам клинического осмотра различными специалистами-педиатром, невропатологом, медицинским генетиком, черепно-лицевым хирургом. Сочетание характерных черепно-лицевых деформаций, патологической формы черепа с патологией конечностей и других органов, должны наводить на подозрение о наличии у пациента синдромальных форм краниосиностозов В предоперационном периоде наиболее важными являются рентгенологические методики: рентгенография черепа в двух проекциях и трехмерная компьютерная томография черепа, которые позволяют выявить соответствующую каждому конкретному виду краниосиностоза деформацию мозгового и лицевого черепа, визуально определить заросшие швы.

На ранних стадиях синостозирования швов рентгенография черепа может не выявить зарастания шва. Из инструментальных методов диагностики наилучшим является проведение компьютерной томографии – КТ, с 3-х мерным ремоделированием изображения костей свода черепа и лица. При синдромальных краниосиностозах возникают разного рода смещение комплексов мягких и костных тканей и изменение их объема, для диагностики и планирования лечения которых важно быстро получить точное трехмерное изображение повреждений костной и мягкотканной структуры.

Метод лазерной стереолитографии позволяет сформировать пластиковые копии черепа исследуемых больных всего за несколько часов. К достоинствам стереолитографической модели относится, во-первых, возможность определения на основании пластиковой копии черепа больного размера дефекта и деформации костных и мягких тканей и составления оптимальной программы хирургического лечения – выявления направления дистракции, определения оптимальной конструкции индивидуального аппарата для дистракции и обозначение основных ориентиров его установки.

Во-вторых, имея пластиковую копию черепа больного, хирург может моделировать индивидуальные имплантаты, которые бы позволили устранить дефекты и деформации в челюстно-лицевой области. Имплантаты могут быть изготовлены непосредственно на пластиковой модели и во время операции перенесены на область дефекта. Можно создать и компьютерную копию имплантата, а затем изготовить ее методом лазерной стереолитографии.

Сравнительная оценка диагностических возможностей КТ и МРТ при новообразованиях органа зрения

Вальский В.В.

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Среди лучевых методов исследования орбиты особое место занимает рентгеновская компьютерная томография (КТ). Основным преимуществом КТ является возможность визуализации и анализа костных и мягкотканных структур, проведение качественной и количественной оценки получаемых данных с высокой точностью. Магнито-резонансная томография (МРТ) основана на измерении электромагнитного отклика ядер атомов водорода на возбуждение их электромагнитными волнами в магнитном поле высокой напряженности. МРТ позволяет изучать организм человека на основе насыщенности тканей организма водородом и не связана с воздействием на организм ионизирующего излучения.

Оба метода визуализации позволяют проводить многоплановые исследования органов и тканей, выявлять патологические очаги небольших размеров, уточнять их локализацию и соотношение с окружающими структурами. И КТ, и МРТ широко применяются для диагностики заболеваний орбиты, в первую очередь для уточнения причины появления одностороннего экзофтальма. По мере усовершенствования медицинской техники повышается роль этих методов исследования в диагностике внутриглазных новообразований у взрослых и детей.

Целью работы явилось сравнение возможностей КТ и МРТ в диагностике опухолей глаза и орбиты.

Материал и методы. За период 2011 – 2013 годов проведен анализ данных КТ и МРТ 2875 больных с новообразованиями орбиты и глаза, псевдотумором, эндокринной офтальмопатией, вторичными опухолями орбиты. Первичные опухоли орбиты и псевдотумор составили 726 человек, первичные внутриглазные новообразования у взрослых: 218, ретинобластома у детей - 151. Из этой группы в 1095 человек КТ и МРТ на этапе обследования и установления диагноза было выполнено 522 больным: 345 с новообразованиями орбиты и 177 с внутриглазными опухолями (73 – ретинобластома, 99 – увеальная меланома, 5 – гемангиома).

Изучение и сопоставление данных КТ и МРТ выполняли с помощью стандартных программ обработки изображения. Результаты. Опухоли орбиты как на КТ, так и на МРТ томограммах хорошо визуализируются. Минимальный объем опухоли, которую удалось визуализировать, составил около 1 куб.см. Оба метода позволяют определить локализацию, форму, контуры, размеры новообразования, его соотношения с мягкотканными структурами орбиты. МРТ имеет некоторое преимущество в дифференциальной диагностике опухолей зрительного нерва – менингиомы и глиомы, чаще позволяет визуализировать капсулу в кавернозной гемангиоме. В то же время магнитно-резонансная томография не позволяет визуализировать костно-деструктивные изменения, особенно в начальной стадии, различные кальцинированные включения. Вызывает затруднение интерпретация данных МРТ томограмм в случаях пристеночной локализации новообразования, особенно при внедрении опухоли в кость.

Внутриглазные опухоли. Оба метода позволяют визуализировать мягкотканный компонент увеальной меланомы и ретинобластомы, соотношение опухоли с оболочками глаза. Преимуществом КТ является возможность выявить даже мелкие кальцинаты в ретинобластоме – один из основных дифференциально-диагностических признаков этой опухоли.

Выводы. Для уточненной диагностики при подозрении на новообразование органа зрения необходимо провести компьютерную томографию. После проведенного лечения, при необходимости динамического наблюдения, показано проведение магнито-резонансной томографии.

Рецидив дифференцированного рака щитовидной железы: роль позитронно-эмиссионной томографии в диагностике

Гузь А.О., Гарев А.В., Захаров А.С., Васильева Е.Б.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Актуальность: В настоящее время рак щитовидной железы занимает 14 место, что составляет менее 3% с общей структуре заболеваемости. Одним из приоритетов в определении тактики лечения больных дифференцированным раком щитовидной железы является установление распространенности опухолевого процесса. Тиреосцинтиграфия и сцинтиграфия всего тела с I131 является основным методом диагностики метастазов и рецидивов рака щитовидной железы, но наряду с этим последние годы исследуется возможности и особенности позитронно-эмиссионной компьютерной томографии (ПЭТ-КТ).

Цель: определить возможности ПЭТ-КТ диагностике рецидив и метастазов у больных дифференцированным раком щитовидной железы. Материалы и методы: За период с 2012 по 2014 под наблюдением в ГБУЗ Челябинском окружном клиническом диспансере находилось 15 больных с дифференцированным раком щитовидной железы. Возраст больных составил 47 лет. Мужчин 3 (20%), женщин 12 (80%). На первом этапе проводилось хирургическое лечение. При гистологическом исследовании у 13 пациентов выявлен папиллярный рак, у 2 - фолликулярный. В последующим (через 4-6 недель) радиойодтерапии I131. В обязательном порядке оценивался уровень тиреоглобулина, уровень его колебался от 6,03 до 478 нг\мл.

Если на фоне высокого уровня тиреоглобулина по данным сцинтиграфии не наблюдалось очагов накопления I131, либо была выявлена отрицательная динамика от лечения, больным проводилось ПЭТ-КТ. Результаты: У 6 пациентов наблюдалось 100% совпадение результатов сцинтиграфии с I131 и ПЭТ-КТ. По данным сцинтиграфии было обнаружено накопление I131 в проекции удаленной щитовидной железы, в 1 случае дополнительно по данным ПЭТ-КТ был выявлен метаболически активный ретроэзофагальный лимфоузел, и 2 случаях поражение лимфатических узлов: паратрахеальных с двух сторон и шейных справа. В 3 случаях было выявлено поражение лимфатических узлов, легких и скелета, не распознанное при проведении сцинтиграфии с I131. У 2 пациентов выявлен рецидив в области удаленной щитовидной железы, тогда как по данным сцинтиграфии очагов накопления I131 не наблюдалось, и у одной больной кроме рецидива в области ложа удаленной щитовидной железы слева дополнительно был выявлен метаболически активный лимфатический узел в средостении слева. В 1 случае по данным сцинтиграфии были выявлены очаги накопления I131 в легких, по данным ПЭТ-КТ данных за метаболически активные образования в легких не было выявлено. Таким образом, по результатам ПЭТ-КТ было установлено наличие рецидива и регионарных метастазов в лимфоузлы шеи, что позволило провести повторное хирургическое вмешательство. В 2 случаях больным без динамического наблюдения повторить курс радиойодтерапии, и в 1 случае, наоборот, в связи с отсутствием данным за вторичное поражение легких рекомендовано динамическое наблюдение.

Выводы: При высоком уровне тиреоглобулина на фоне отсутствия очагов накопления I131 по данным сцинтиграфии показано проведение ПЭТ-КТ. Кроме того, ПЭТ-КТ позволило изменить тактику лечения и наблюдения пациентов с рецидивным дифференцированным раком щитовидной железы.

Оценка результатов хирургического лечения посттравматических дефектов и деформаций орбиты при помощи компьютерной томографии

Давыдов Д.В., Левченко О.В., Михайлюков В.М., Лежнев Д.А., Крылов В.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Введение. Основными задачами в реконструктивно-восстановительной хирургии орбиты являются: восстановление ее нормальной костной анатомии и положения глазного яблока в случаях его дистопии. Для решения данных задач необходимо определение количественных параметров орбиты и величины смещения глазных яблок (энофтальм, гипофтальм).

Цель работы. Разработать методики оценки линейных размеров орбиты и степени дистопии глазных яблок по данным КТ у пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями орбиты. Материалы и методы. По данным КТ разработаны методики измерения линейных (продольного, вертикальных и горизонтальных) размеров орбиты и величины смещения глазных яблок (энофтальм, гипофтальм) с целью оценки результатов хирургического лечения.

Методика измерения вертикальных размеров глазницы. На КТ изображении в аксиальной плоскости, отображающем максимальный поперечный размер орбиты, определяли биссектрису угла, образованного боковыми стенками глазницы, и выставляли плоскость, проходящую по биссектрисе угла. В соответствии с этой плоскостью выполняли построение мультипланарной реконструкции (МПР) в косо-сагиттальной плоскости. Данная реконструкция отображала максимальный продольный размер орбиты и служила основой для выполнения следующих измерений: максимальный продольный размер орбиты, вертикальный размер входа в орбиту, вертикальный размер орбиты по центру глазного яблока, максимальный вертикальный размер орбиты, вертикальный размер орбиты по заднему полюсу глазного яблока, задний вертикальный размер орбиты. Измерение вертикальных размеров орбиты осуществляли параллельно относительно вертикального размера входа в глазницу.

Горизонтальные размеры измеряли на МПР в косо-аксиальной плоскости параллельно твердому небу: горизонтальный размер входа в орбиту, горизонтальный размер орбиты от лобно-скулового шва до медиальной стенки орбиты измеряли параллельно горизонтальному размеру входа в орбиту. Для измерения величины смещения глазного яблока в верхне-нижнем направлении (гипофтальм) на КТ изображении в аксиальной плоскости выставляли ось симметрии соответственно сагиттальной плоскости черепа. Далее выставляли плоскость перпендикулярно оси симметрии, проходящую через середину продольного размера глазных яблок. Это необходимо для отображения экваториального фронтального среза глазных яблок (максимального поперечного размера глазных яблок во фронтальной плоскости). При одновременном сочетании энофтальма и гипофтальма плоскость, проходящую через глазные яблоки, меняли в соответствующем направлении с целью отображения максимального поперечного размера глазных яблок во фронтальной плоскости. На МПР во фронтальной плоскости отображался максимальный поперечный размер глазных яблок. Далее на данной МПР выставляли ось симметрии, проводили линию по поверхности верхней стенки здоровой орбиты перпендикулярно оси симметрии.

Следующим этапом выполняли измерение от центра глазных яблок перпендикулярно линии, проходящей по поверхности верхней стенки неповрежденной орбиты. По разнице измерений поврежденной и неповрежденной орбит определяли величину смещения глазного яблока (гипофтальма) в мм. Для измерения энофтальма на КТ изображении в аксиальной плоскости, отображающем максимальный размер глазных яблок, выставляли ось симметрии соответственно сагиттальной плоскости черепа, проводили линию перпендикулярно оси симметрии, проходящую на уровне костного отдела носа. Далее измерение выполняли от центра глазных яблок перпендикулярно линии, проведенной на уровне костного отдела носа.

По разнице измерений поврежденной и неповрежденной орбиты определяли степень энофтальма в мм. Таким образом, разработанные нами вышеописанные методики позволяют оценить степень повреждения и восстановления костной анатомии орбиты и величину смещения глазного яблока до и после хирургического лечения.

МСКТ диагностика и лечение травматических повреждений гортани и трахеи

Кирасирова Е.А., Мамедов Р.Ф., Лафуткина Н.В, Пимениди О.К., Гогорева Н.Р., Резаков Р.А.

Московский научно-практический Центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Травматические повреждения гортани и шейного отдела трахеи встречаются последнее время все чаще, вызывают тяжелые нарушения здоровья, нередко приводят к смертельным осложнениям или различной степени инвалидизации пострадавших. Травмы гортани и трахеи, как и все травматические повреждения, делятся на закрытые и открытые. По механизму повреждающего фактора выделяют тупые и острые травмы.

Характерными признаками травматических поражений гортани и трахеи при нарушении их це-

лости являются припухлость мягких тканей шеи, изменение формы и положения хрящей гортани, нарушения глотания и дыхания, кровохарканье, подкожная эмфизема и пенисто-кровянистое отделяемое из раны.

При оказании медицинской помощи таким пострадавшим необходимо в первую очередь нормализовать дыхание, остановить кровотечение и провести мероприятия по профилактике травматического шока. Чрезвычайно важна своевременно проведенная диагностика повреждений. Это и анамнестические данные, и целенаправленный осмотр глотки, гортани, трахеи с использованием фиброэндоскопической и микроларингоскопической техники. Важную роль в диагностике повреждения гортани и трахеи имеет мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), позволяющая судить о состоянии хрящей гортани и трахеи, а также окологортанных пространств и близлежащих органов.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения больных с травмой гортани и трахеи различной этиологии. Нами обследовано 30 пациентов с травмой гортани и трахеи различной этиологии. Все больным была оказана экстренной помощи для восстановления дыхания, проведено клинико-лабораторное, эндоскопическое обследование, МСКТ органов шеи с трехмерной реконструкцией. Компьютерная томография с послойной реконструкцией изображения позволяет оценить состояние исследуемых органов и тканей, локализацию и распространенность повреждения структур гортани и трахеи, степень сужения их просвета. Благодаря различной плотности тканей возможно получить трехмерную реконструкцию изображения хрящевых структур гортани и трахеи, оценить их анатомическое расположение, дислокацию фрагментов в результате полученной травмы. После получения необходимых данных проводилась хирургическая реконструкция повреждений гортани и трахеи с наиболее благоприятным прогностическим исходом. Восстановление дыхания через естественные пути являлось важным положительным фактором в реабилитации функций гортани (дыхательной, разделительной, голосовой) и больного в целом.

Такая тактика позволяла в короткие сроки восстановить все функции гортани и трахеи, что благотворно сказывалось на состоянии больного. Все оперированные больные деканюлированы в сроки 10-20 дней после операции. Динамический мониторинг осуществлялся нами в течение 1,5-3х месяцев. Комплексный подход к диагностике и лечению больных с массивной травмой гортани и трахеи позволил реабилитировать всех пролеченных больных. Таким образом, компьютерная томография с трехмерной реконструкции позволяет рассмотреть интересующие участки исследуемого объекта под произвольным углом, дают наглядную картину пространственного расположения структур поврежденных органов, повышают распознавание диагностически значимых деталей и совершенно необходимы при планировании реконструктивных операций.

Современные аспекты ультразвуковой диагностики рака гортани

Кожанов Л.Г., И., Сдвижков А.М., Трофимова М.В., Мулярец М.В.

Онкологический клинический диспансер 1, Москва

Вступление. Проблема диагностики и лечения рака гортани является одной из актуальных в клинической ЛОР-онкологии. Это связано, прежде всего, с тем, что рак гортани является одной из наиболее частых злокачественных опухолей области головы и шеи. Визуально определяемая локализация рака гортани облегчает его распознавание.

Однако, высокая частота инфильтративного характера опухолевого поражения, ошибочная диагностическая тактика часто препятствуют своевременной дифференциальной диагностики воспалительных и опухолевых поражений. По этой причине 60-70% больных поступают на лечение с опухолями уже III -IV стадий. Одним из методов диагностики рака гортани является ультразвуковое исследование органа. Материалы и методы. В основу работы положены результаты ультразвукового исследования гортани у 191 больных с опухолью гортани.

Всем больным проведено клинико-инструментальное обследование, включающее УЗИ шеи по разработанной нами методике, также пункцию под контролем УЗИ. Ультразвуковое исследование проводили на аппарате «Biomedica», «LOGIQ-P-5» линейными датчиками 7,5 МГц, 10МГц и 12МГц. Результаты. По данным обследования, у 97 больных (50,8%) выявлена смешанная форма рака гортани,

у 41 больного (21,4%) эндофитная и у 53 больных (27,8%) экзофитная формы опухоли. 60 больным с эндофитной и смешанной опухолями гортани при отсутствии диагноза и уточнения распространенности выполнили прицельную диагностическую пункцию под контролем УЗИ. УЗИ оказалось информативным методом в диагностике эндофитной и смешанной форм первичного рака гортани и менее информативным при диагностике экзофитных образований гортани.

Это позволило выявить опухоль в гортани у 140 больных (73,3%) и оценить распространенность опухоли гортани на подлежащие ткани и органы шеи, вовлечении хрящей гортани и степени их повреждения у 108 больных (56,5%). В 51 случае (26,7%) исследованию гортани помешал обызвествленный щитовидный хрящ и его острый угол. Заключение.

В ходе исследования установлено, что комплексное УЗИ является необходимым этапом инструментального обследования больных раком гортани для уточняющей диагностики, то есть определения распространенности рака гортани на окружающие ткани. Это позволяет скорректировать лечебную тактику и спланировать объем оперативного вмешательства.

Роль мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии в комплексной диагностике рака гортани

Кожанов Л.Г., Кушхов О.А.-К

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Онкологический клинический диспансер 1, Москва

Роль мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии в комплексной диагностике рака гортани. Кожанов Л. Г., Кушхов О. А. - К. Онкологический клинический диспансер №1, ГОУ ВПО РГМУ г. Москва.

Цель исследования. Улучшение эффективности диагностики и лечения при раке гортани. Материалы и методы. Наш опыт основан на применении мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии у 96 человек раком гортани. Эти больные получили комбинированное, комплексное и хирургическое лечение на базе отделения опухолей головы и шеи Онкологического клинического диспансера №1 с 2004 по 2009 годы. Основной контингент составили мужчины, их было 93(96.8%), женщин 3(3.2). Всем пациентам было проведено комплексное клиническое обследование. В обязательном порядке назначалась мультиспиральная рентгеновская компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием. Исследование проводилось на томографе NX\i AAA (General Electric).

Результаты. На основании дополнительных данных мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии у 36 –ех (37.5%) человек изменен план лечения. Из них, 29-ми (30.2%) больным изменен объем оперативного вмешательства и 7 (6.3%) пациентам изменен метод лечения. У 29 человек, которым на основании дополнительных данных МСКТ измене объем оперативного вмешательства, выполнены следующие операции: расширены границы резекций органа у 7-и больных. У 8 –ми пациентов вместо планируемой резекций, объем операции изменен на ларингэктомию.

Так же только на основании данных МСКТ, из-за подслизистого распространения опухоли на гортаноглотку у 9 человек выполнена операция ларингэктомия с резекцией гортаноглотки, переход опухоли на ротоглотку и пищевод потребовало увеличения объема операции у 3 пациентов до ларингэктомии с резекцией ротогортаноглотки и шейного отдела пищевода, а поражение верхних отделов трахеи у 2 больных с резекцией максимально верхних отделов трахеи (6-7 колец трахеи). У 7 человек на основании дополнительных данных МСКТ исследования изменен метод лечения. Этим пациентам проведена полихимиотерапия или ПХТ + лучевая терапия.

Отказ от хирургического лечения этим больным был вызван обширным распространением опухолевого процесса и нерезектабельностью его на данном этапе.

Выводы. МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием является информативным методом диагностики рака гортани при планировании объема оперативного вмешательства и тактики лечения этой группы больных.

Капилляроскопическое исследование в диагностике поражений кровеносных сосудов челюстно-лицевой области у детей

Мустафина Ф.К., Рогинский В.В., Репина Э.А., Шавлохова Е.А.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Капилляроскопическое исследование в диагностике поражений кровеносных сосудов челюстно-лицевой области у детей.

Цель : По данным компьютерной капилляроскопии выявлены особенности микроциркуляторных нарушений в патогенезе поражений кровеносных сосудов ЧЛО у детей. Методы: В работе был использован компьютерный капилляроскоп 4-01 производство ЗАО «Центр Анализ Веществ» Россия. Это устройство визуализации (датчик) в отраженном свете с электронно-оптическим, программным контрастированием, увеличением и визуализацией объектов. Изображения были выполнены и обработаны при помощи специализированной программы «Капилляроскоп».

Метод позволяет визуализировать анатомию капилляров и оценить гемодинамические параметры в них. Проведены исследования с помощью метода компьютерной капилляроскопии у 350 пациентов в возрасте от 2 недель до 4 лет с диагнозом гиперплазия кровеносных сосудов ЧЛО и у 80 пациентов от рождения до 18 лет с диагнозом сосудистые мальформации ЧЛО. По данным капилляроскопии определяли: морфологию, плотность капиллярной сети, диаметры микрососудов.

Результаты: Метод компьютерной капилляроскопии позволил изучить особенности функциональной анатомии и параметризировать микроциркуляцию у детей в норме и с поражениями кровеносных сосудов. По данным морфометрии капилляров и перикапллярной зоны изучены степень и характер микроциркуляторных нарушений на каждой стадии заболевания. Изучены гемодинамические характеристики капиллярного кровотока в норме и при поражениях кровеносных сосудов.

Заключение: Таким образом, метод компьютерной капилляроскопии позволяет визуально оценить изменения, происходящие в микроциркуляторном русле сосудистых поражений кровеносных сосудов челюстно-лицевой области. Позволяет использовать его для диагностики данной патологии. А также проводить мониторинг эффективности проводимого лечения. Выявляет новые особенности функциональной анатомии неопухолевых сосудистых образований- гиперплазий (ИГ) на микроуровне. Полученные данные были сопоставлены с клиническими признаками, данными УЗ-обследования, патоморфологии и иммуногистохимии, что позволило разработать новые диагностические критерии и оценить эффективности консервативной терапии для данной группы пациентов.

Комплексный подход к диагностике лимфопролиферативных поражений орбиты

Панова И.Е., Павленко Е.С., Гюнтнер Е.И., Важенина Д.А., Ворошина Н.В.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Актуальность проблемы лимфопролиферативных поражений орбиты (ЛПО) обусловлена высоким удельным весом в структуре злокачественных поражений орбит (до 37,3%), сложностью диагностики вследствие схожести клинической картины с другими поражениями орбиты и необходимостью комплексного (химиотерапевтического и лучевого) лечения (Бровкина А.Ф.,2010г.; Гришина Е.Е.,2008г.). Целью данного исследования явилась оптимизация диагностики лимфопролиферативных поражений орбиты на основе поэтапного использования различных диагностических тестов.

Материалы и методы. За период 2000-2012 гг. под наблюдением находилось 43 пациента с лимфопролиферативным поражением орбиты. Мужчин – 16 (37%), женщин – 27 (63%), средний возраст больных составил 57,3 ±7,5 лет. У 5 пациентов (12%) имелось двухсторонние поражение орбит. Всем пациентам проведено комплексное офтальмологическое обследование (визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, экзофтальмометрия), ультразвуковое исследование (УЗИ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) орбит с контрастированием, а также общее клиническое обследование.

Для верификации процесса выполнена инцизионная биопсия (38 пациентов), прицельная пункционная трепанобиопсия под ультрасонографическим контролем (5 пациентов). Иммуногистохимическое исследование биоптата выполнено всем пациентам. Результаты. При анализе жалоб данных пациентов с ЛПО обращает на себя внимание, что у всех пациентов были жалобы на «чувство инородного тела» в пораженном глазу, у 29 пациентов (67%) визуально и/или пальпаторно определялось образование в пораженной орбите; умеренно выраженный экзофтальм был у 14 пациентов

(33%). Ультрасонографически лимфопролиферативные поражения орбиты характеризовались неоднородной структурой, низкой эхогенностью, нечетким контуром, при ЦДК убедительных данных за наличие собственной неоваскулярной сети не получено.

На томограммах ЛПО отличались неправильной формой, неоднородной структурой, мягкотканой плотностью, накапливанием контраста (от +42 до +74 ед.Н) и преимущественной локализацией вдоль верхних сводов и у внутреннего угла глазной щели. Иммуногистохимическое исследование патоморфологического субстрата позволило уточнить тип ЛПО и определить тактику лечения.

Выводы. В диагностике ЛПО необходимо последовательно использовать ультрасонографию, МСКТ с контрастированием и биопсию образования с иммуногистохимическим исследованием патоморфологического субстрата, что позволяет, обосновано определить тактику лечения у данной патологии больных.

Возможности ультразвуковой диагностики опухолей языка

Соловьев В.А., Митина Л.А., Степанов С.О., Прозорова Э.В., Ратушная В.В., Долгачева Д.В.

Москоский научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена, Москва

Введение: Анализ литературных данных показал, что частота опухолей языка имеет тенденцию к неуклонному росту. Если в 2001 г. в России было зарегистрировано 6469 случаев первичного рака языка, то в 2011 г. – 7674 человек. (1). На сегодняшний день основными методами диагностики опухолевого поражения языка и распространенности процесса являются компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Показана высокая чувствительность(92%) и специфичность(97%) методов для опухолей этой локализации (3; 4; 5).

Однако существуют исследования, показавшие низкую корреляцию размеров опухоли при сравнении данных МТР и гистологического исследования. Среднее соотношение между размерами, оцененными при МРТ, и измеренными на гистологическом препарате, составило 0,65 (0,49-0,82); в 69% всех наблюдений толщина опухоли при МРТ была меньше чем при гистологическом исследовании (7). В немногочисленных публикациях (8; 9; 10, 11; 12; 13, 14) описано применение внутриполостного и транскутанного ультразвукового исследования (УЗИ) языка, но не указана их специфичность, чувствительность и точность метода. В работе Keberle M. с соавт. (15) проведено сравнение возможностей УЗИ, КТ и МРТ в диагностике рака языка и показано, что эффективность этих методов при данной патологии сопоставима.

Целью настоящего исследования являлась разработка методики ультразвуковой диагностики злокачественных опухолей языка.

Материалы и методы. В течение 2012 и начала 2013 годов на этапе первичной диагностики были обследованы 20 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет с опухолевой патологией полости рта и 15 – без патологии ротовой полости. Пациентам проводился осмотр шеи, дна полости рта и языка (для оценки первичного очага и регионарного метастазирования), на аппарате Logiq 9 General Electric с использованием линейных датчиков частотой 7-9 МГц и 12-9МГц и внутриполостной датчик с частотой 4-9 МГц. При наличии патологии языка во всех случаях данные УЗИ были сопоставлены с морфологическими исследованиями.

Ультразвуковое исследование всех пациентов осуществляли в два этапа: Первый этап исследования выполняли, устанавливая датчик на поверхность кожи двумя способами:1) со стороны подбородочной и подчелюстной областей; 2) при опухолях, расположенных на боковой поверхности языка – со стороны щеки. На втором этап датчик устанавливали на поверхность языка, добиваясь его непосредственного контакта с пораженной областью Результаты При изучении эхографических данных и сопоставлении их с нормальной анатомией нами была разработана нормальная ультразвуковая анатомия языка и дна полости рта. Таким образом, ультразвуковое исследование в большинстве случаев позволяет дифференцировать нормальные анатомические структуры языка и дна полости рта.

При наличии опухоли, пораженный участок имеет гипоэхогенную гетерогенную структуру, с неровными, в большинстве случаев нечеткими контурами (со стороны поверхности языка контур может быть гиперэхогенным, особенно при наличии изъязвления). По данным эхограмм было возможно оценить распространенность опухоли как

в приделах языка, так и на прилежащие анатомические структуры (дно полости рта, альвеолярный отросток нижней челюсти, небные миндалины, ротоглотку). При ЦДК в большинстве случаев ¬ у 16 (84%) из 19 больных с подтвержденным диагнозом кровоток в опухоли был усилен.

По данным проведенного нами УЗИ у 18 (90%) из 20 пациентов с подозрением на злокачественное новообразование языка эхографическая картина соответствовала описанным выше опухолевым изменениям. У одного пациента из исследуемой группы больных с клиническими изменениями и гистологически доказанным раком языка при УЗИ патологические изменения не визуализировались, что объяснялось распространением патологических изменений только в пределах слизистой оболочки. У одного пациента узловое образование при УЗИ не удалось выявить. Определяемые эхографические изменения (отечность и диффузная гетерогенность тканей, при сохранении целости слизистой оболочки и отсутствии узлов) были расценены как воспалительные.

Заключение. Ультразвуковое исследование позволяет визуализировать нормальные структуры ротовой полости (языка, дна полости рта). При исследовании больных раком языка с применением представленной методики удается, используя разработанную ультразвуковую семиотику, визуализировать опухоль, дифференцировать ее от неопухолевых изменений, определить распространенность процесса.

Усовершенствование ультразвуковой диагностики сосудов у онкологических больных в аспекте микрохирургической пластики

Степанов С.О., Ратушная В.В., Соловьев В.А.

Московский научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена, Москва

В общей структуре онкологических заболеваний опухоли головы и шеи занимают около 20%, и их рост продолжается. Показатель летальности на 1-м году от момента установления диагноза при поражении полости рта и глотки составляет – 43,8%, а гортани – 32,4%.

Лечение таких опухолей представляет большую проблему. Это связано с преобладанием больных III-IV стадией опухолевого процесса, когда лучевая и химиотерапия как самостоятельные методы лечения резко ограничены. У значительного количества пациентов отмечается радиохимиорезистентность опухолей. Комбинированный характер онкологических операций и структурные особенности дефектов черепно-челюстно-лицевой и орофарингеальной зон требуют кроме одномоментного восстановления слизистой, надежной изоляции обнаженных магистральных сосудов, а также тампонады полостей, на фоне фиброзных и постлучевых изменений реципиентных тканей лица и шеи с резко ослабленными регенераторными ресурсами. Независимо от вида трансплантата, перед его выкраиванием необходимой процедурой является ультразвуковая диагностика реципиентных сосудов, с использованием допплерометрического исследования.

Цель исследования: Повысить эффективность лечения и реабилитации онкологических больных путем ультразвуковой диагностики сосудов шеи, а также контроля эффективности микрохирургических операций с помощью ультразвукового исследования области сосудистого анастомоза и пересаженного лоскута.

Задачи: 1. Определить объем ультразвуковой диагностики области микрососудистого анастомоза. 2. Выяснить основные ультразвуковые признаки жизнеспособности пересаженного лоскута и возможных осложнений. В отделении ультразвуковой диагностики отдела лучевых методов исследования МНИОИ им. П.А. Герцена модифицирована технология допплерометрического и допплерографического исследования сосудов бассейна наружной сонной артерии при злокачественных опухолях головы и шеи. Обследовано 50 больных с опухолевой патологией головы и шеи, которым была проведена микрохирургическая пластическая операция, на послеоперационном этапе.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах: - Аппарат ультразвуковой диагностики, укомплектованный линейными датчиками с частотой 9-4Мгц и 13-5МГц, «Тошиба Медикал Системз» (Нидерланды) № 98/424 и № 98/963 - Аппарат ультразвуковой диагностики LOGIQ e «General Elektriks», укомплектованный линейным датчиком 9-4Мгц. При исследовании 50 прооперированных пациентов с выполненной микрохирургической пластикой, учитывая угрозу вероятности сосудистых осложнений лоскута в ранний послеопераци-

онный период разработана тактика динамического ультразвукового исследования. Исследование проводилось на первые, третьи и седьмые сутки после микрохирургической операции.

На первые и третьи сутки в пересаженном лоскуте определялись отечные изменения клетчатки, которые не позволяли увидеть артериальные анастомозы менее 1,5мм в диаметре и венозные анастомозы в режиме серой шкалы ультразвукового исследования.

При минимальном нажатии датчиком на лоскут эти анастомозы определялись с помощью энергетического допплера. Из 50 пациентов, перенесших микрохирургическую пластику – на первые сутки ни у одного пациента не было диагностировано сосудистых осложнений. На третьи сутки у двух пациентов был выявлен тромбоз венозного микроанастомоза. На третьи и седьмые сутки у 6 пациентов определялись гематомы с лизированным содержимым до 1,5-3см в области сосудистых анастомозов, не приводящих к нарушению кровотока в аутотрансплантате.

Выводы: Использование ультразвуковой технологии визуализации кровотока, обеспечивающей высокую чувствительность, контрастность изображения просвета функционирующих сосудов и скоростные показатели кровотока на послеоперационном этапе позволяет предотвратить ранние осложнения сосудистых анастомозов и области аутотрансплантата.

Ультразвуковая диагностика заболеваний челюстно-лицевой области и шеи

Яременко А.И., Петров Н.Л., Лысенко А.В

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. Павлова, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Санкт-Петербург

Ультразвуковое исследование (УЗИ) широко применяется для оценки состояния мягких тканей, в том числе челюстно-лицевой области и шеи. Точность УЗИ при исследовании мягкотканых образований шеи, по мнению некоторых авторов, превосходит не только клиническое исследование, но также компьютерную и магнитно-резонансную томографию. В клинике челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова с 2002 г. имеется собственный ультразвуковой сканер. Интеграция УЗИ непосредственно в клинику позволяет значительно ускорить проведение исследования, существенно повысить его информативность, использовать УЗИ интраоперационно, а также проводить различные эхоконтролируемые манипуляции. С 2002 по 2014 г в клинике челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова проведено более 8500 УЗИ челюстно-лицевой области и шеи.

Основными областями использования УЗИ являются диагностика объемных образований шеи, в том числе лимфаденопатий, обследование и мониторинг больных с новообразованиями, острые воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. УЗИ применяется также в качестве метода визуального контроля диагностических манипуляций (диагностические пункции, аспирационная биопсия) и лечебных воздействий (аспирация содержимого воспалившихся кист, лазерная интерстициальная термотерапия и фотодинамическая терапия). При необходимости выполняются интраоперационные исследования, например, во время удаления конкрементов из слюнных желез. С 2013 года в клинике проводятся исследования ультразвуковой эластографии: с помощью специально разработанной компьютерной программы, а также на аппарате Aixplorer.

Наш опыт применения УЗИ в клинике челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова свидетельствует о том, что наличие собственного ультразвукового аппарата является оптимальной формой организации эхографической диагностики в хирургии, позволяющей полнее реализовать потенциал УЗИ, а также расширить диагностические и лечебные возможности хирургов.

Возможности эхографии в диагностике заболеваний лимфатических узлов шеи

Яременко А.И., Петров Н.Л., Лысенко А.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова клиника челюстно-лицевой хирургии, Санкт-Петербург

Лимфаденопатии (ЛАП) весьма часто встречаются в области шеи; в ее латеральных отделах ЛАП являются наиболее часто выявляемой патологией. Точность физикального исследования, которая при ЛАП не превышает 66-77%. В связи с этим возникает необходимость использования дополнительных методов диагностики

ЛАП, в частности, УЗИ. Большинство авторов высоко оценивают информативность УЗИ при ЛАП, однако, общепринятые критерии оценки эхограмм ЛУ до настоящего времени не разработаны.

Перспективным направлением развития ультразвуковой диагностики является ультразвуковая эластография. Она успешно применяется при заболеваниях печени, молочной и предстательной железы. Цель настоящего исследования заключалась в оценке информативности эхографии при ЛАП шеи. Материал и методы. Было обследовано 194 пациента с ЛАП шеи и клинически сходными заболеваниями, из них у 133 имели место ЛАП (доброкачественные ЛАП у 68, метастазы в ЛУ шеи у 33, гемобластозы у 32), у 61- объемные процессы шеи иной природы. Полученные результаты продемонстрировали высокую информативность УЗИ: эхография во всех случаях позволила визуализировать патологические образо¬вания. У всех пациентов с лимфомами, а также у 57 % пациентов с реактивными и у 40 % с метастатическими ЛАП с помощью УЗИ были выявлены не об¬наруженные пальпаторно лимфоузлы в области шеи. Выводы.

Полученные нами результаты свидетельствует о том, что эхография обладает большими диагностическими возможностями и может играть важную роль как в выявлении, так и в различении патологических состояний ЛУ шеи различной природы.

При использовании комплекса эхографических признаков (минимальный размер, объем, «индекса круглости» и форма ЛУ) точность дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных ЛАП составляет 80,4%, чувствительность - 94,3%, специфичность - 69,4%.

При изучении показателей эластометрии были обнаружены статистически значимые различия в показателях: среднем, максимальном и минимальном значениях упругости ткани лимфоузлов при доброкачественных и злокачественных ЛАП. Однако, ультразвуковая эластография при ЛАП шеи требует дальнейшего изучения.

Роль магнитно-резонансной томографии в оценке распространенности и определении эффективности проводимого лечения у больных раком орофарингеальной зоны.

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

Рубцова Н.А, Решетов И.В., Геворков А.Р., Малышева О.А..

ЦЕЛЬ: оценка возможностей магнитно-резонансной томографии (МРТ) в планировании и прогнозировании эффективности лечения у больных раком орофарингеальной зоны (ОФЗ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Обследовано 30 пациентов с верифицированным диагнозом рак ОФЗ (20 – рак языка, 7 –рак слизистой дна полости рта, 3- рак ротоглотки), проходившие диагностику и лечение в МНИОИ им. П.А. Герцена, в период с 05.2012- 08.2013г. Всем больным выполнено МРТ с динамическим контрастным усилением и получением диффузионно-взвешенных изображений: до и через 2, 4 недели после начала неоадъювантной химиолучевой терапии (НХЛТ). В работе оценивались: размер опухоли, уровень гемоглобина (Hb) (до, в процессе, после лечения), кривые зависимости «интенсивность сигнала-время», на параметрических диффузионных картах - коэффициенты диффузии (ИКД) в опухоли. Результаты: Средний размер опухоли до лечения составил 3.1±1.4см (в пределах 1.0-5.8см), после завершения НХЛТ - 2.1±1.2см (0.5 до 5.0см). Средний показатель уровня Hb в течение всего лечения составил Hb 118 г/л (110-128г/л). При анализе данных МРТ и патоморфологических заключений в 2 (6.6%) из 30 случаев зафиксированы ложно положительные, в 19 (63.3%) – истинно положительные, в 5 (16.6%)- истинно отрицательные и в 4 (13.3%)-ложно отрицательные результаты. Показатели диагностической информативности составили: чувствительность 82%, специфичность 71%, точность 23%. Исследование позволило установить корреляцию между показателями ИКД и степенью дифференцировки, в группах высоко- и низкодифференцированных опухолей, для которых средние значения ИКД составили: 1.30 ± 0.37 х 10-3 мм2/с и 0.95±0.17×10-3 мм2/с соответственно. Для опухолей с умеренной степенью дифференцировки (70%) зависимости выявлено не было (ИКД от 0.89 до 1.36 х 10-3. мм2/с).

При анализе типов кривых зависимости «интенсивность сигнала- время», в группе низкодифференцированных опухолей отмечалось более интенсивное накопление контраста и его быстрое «вымывание». В группе высоко дифференцированных опухолей выявлена тенденция к длительному накоплению препарата, с формированием фазы плато и его медленным «вымыванием». В группе умеренно дифференцированных опухолей корреляции с показателями динамики накопления контраста, по типу кривой, выявлено не было. После окончания химиолучевой терапии, произведена оценка результатов согласно критериям RECIST: среди 30 больных- у 7 полный ответ (23%),

частичный ответ 21 (70%), без динамических изменений- 2 (6,6%).

В группе с более быстрыми накоплением препарата и его «вымыванием», отмечена положительная динамика, в виде уменьшения объёма опухоли более чем на 50% или полной резорбции. Аналогичные результаты отмечались в группе с более низким исходным ИКД, в среднем не более 0.9±0.17×10-3мм2. В группе опухолей, не ответивших на терапию (N=2-умеренно дифференцированный рак), исходный ИКД составил 1.13×10-3мм2, 1.2×10-3мм2, кривые зависимости «интенсивность сигнала – время» имели период плато и медленное снижение интенсивности сигнала. При МРТ через 2 недели существенной изменений при накоплении контраста не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Использование уровня ИКД, как фактора прогноза эффективности лечения возможно только в группах низко и высоко дифференцированных опухолей. При умеренно дифференцированных процессах (70%) ИКД имеет широкий диапазон, что не позволяет ориентироваться на него как на предиктор прогноза эффективности НХЛТ. Типы кривых зависимости «интенсивность сигнала – время» могут быть использованы как фактор прогноза в оценке эффекта лечения, в группах высоко и низко дифференцированных опухолей.

При умеренно дифференцированных процессах, графическую оценку динамики накопления контраста в опухоли, возможно использовать только после начала проводимого лечения (через 2 недели). Показатель Hb, по данным нашего исследования, не имеет корреляции с исходом терапии.

МЕДИЦИНСКАЯ РАДИОЛОГИЯ

Эффективность химио-лучевой терапии в комплексном лечении злокачественных новообразований полости рта

Адильбаев Г.Б, Кыдырбаева Г.Ж, Шипилова В.В, Махышова А.Т, Садык Ж.Т

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Алматы

Цель исследования: Повышение эффективности комплексного лечения больных раком полости рта включающее конкурентные курсы химиолучевой терапии с применением противоопухолевых препаратов группы таксанов и параллельным проведением лучевой терапией методом мультифракционирования доз.

Материалы и методы: Лечению подвергнуто 38 больных с III-IV стадией плоскоклеточного рака полости рта. Всем пациентам проводилось два курса полихимитерапии МХТ препаратом паклитаксел по 60 мг/м2 (или таксотер по 20 мг/м2) в 1; 8; 15; 21 дни,. Параллельно курс ДГТ методом мультифракционирования доз по 1,25 Гр дважды в день, СОД за день 2,5 Гр, пять фракций в неделю до СОД 60 Гр. После трех-четырех недельного перерыва больным проводилось оперативное лечение в показанном объеме.

При полной регрессии опухоли проведение адьювантных курсов полихимиотерапии. Результаты: После консервативной терапии клинический эффект достигнут у всех больных. Полный эффект остановлен у 20(52,6%) , частичная у15 (39,4%) пациентов, стабилизация отмечена у 3(7,9%)пациентов, прогрессирования опухолевого процесса не зарегестрированно. Таким образом, положительный клинический эффект отмечен в 92% случаев. В результате положительного эффекта 15(39,4%) пациентам выполнены малоинвазивные органосохраняющие операции и 3(7,8%) больным произведены расширенно-комбинированные операции. В 67% клеток опухоли в послеоперационном материале не обнаружено(патоморфоз III- IVст, в 33%– отмечен патоморфоз 2-3 степени.

При проведении химио-лучевой терапии не зарегистрированы явления гемато-нейротоксичностии. Установлены местные лучевые реакции различной степени сложности в 85%Качество жизни больных по шкале Карновского в основной группе сосавил 80-90%,

Выводы: Таким образом, разработанная методика химиолучевой терапии дала возможность проведения малоинвазивных функционально-сохраняющих операций больным с раком полости рта, что значительно улучшило качество жизни пациентов.

Брахитерапия меланомы радужки и иридоцилиарной зоны

Саакян С.В., Амирян А.Г., Вальский В.В.

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Цель исследования: изучить эффективность и осложнения брахитерапии меланомы переднего отрезка после блокэксцизии (биопсия).

Методы. В течении 2010 - 2013 годов 30 больным в возрасте от 11 до 73 лет (средний - 50 лет) проведена брахитерапия меланомы радужки и иридоцилиарной зоны. Использовали офтальмоаппликаторы Ru-106 и Sr-90. Средняя доза на верхушке опухоли составила 143,1 Гр. Длительность наблюдения составила от 1 до 42 месяцев (в среднем - 12,5 мес).

Восьми пациентам брахитерапия проведена после локального удаления опухоли. Морфологический диагноз верифицирован 10 больным (8 - после локального удаления, 2 - после энуклеации).В 8 случаях подтверждена веретеноклеточная меланома, 2 - смешаноклеточная.

Результаты. У всех больных наблюдали регрессию меланомы. Энуклеация после брахитерапии проведена 2 больным (6,7%) в связи со склеромаляцией. У 5 человек (16,7%) мы не наблюдали никаких осложнений. В раннем послеоперационном периоде (первый месяц после брахитерапии) наиболее частым, связанным с лучевой реакцией, осложнением кератопатия (8 человек, 26,7%) и увеит (6 человек, 20,0%).

В период до 3-х месяцев кератопатия (7 больных, 29,2%) и катаракта (7 больных, 29,2%). В отдаленные сроки после облучения (6 месяцев и более) наиболее часто диагностировалась катаракта (14 больных, 73,7%). Все пациенты живы. Метастатическая болезнь выявлена у 1 человека через 30 месяцев после брахитерапии.

Заключение. Результаты клинического исследования показали высокую эффективность брахитерапии меланомы радужки и цилиарного тела. Удалось сохранить 28 глаз с хорошим локальным контролем опухоли и курабельными осложнениями.

Внутритканевая лучевая терапия (HDR-брахитерапия) местно-распространенных форм рака корня языка

Яременко А.И., Манихас Г.М., Литвинов А.П., Остринская Т.В., Лебедева Ж.С., Жуманкулов А.М.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение. Заболеваемость раком ротоглотки составляет 1,1% в структуре общей онкологической заболеваемости населения России и занимает четвертое место среди опухолей головы и шеи. Среди опухолей орофарингеальной области наиболее часто встречаются злокачественные опухоли корня языка. До 70% пациентов впервые обращаются к специалистам лишь в III-IV стадиях заболевания, что значительно ухудшает прогноз лечения. Цель работы Разработка и внедрение в практику метода внутритканевой лучевой терапии в комплексе с неоадъювантной полихимиотерапией (ПХТ) и дистанционным облучением при лечении запущенных форм рака корня языка.

Материалы и методы В исследование включено 4 пациента с раком корня языка IV стадии: 1 мужчина и 3 женщины, леченных в ПСПБГМУ им. акад. И. П. Павлова и СПБ ГБУЗ ГКОД в 2013-2014 гг. Средний возраст пациентов составил 53 года. Гистологически выявлен плоскоклеточный рак разной степени дифференцировки. Всем пациентам на первом этапе лечения проводилось 2 цикла неоадъювантной ПХТ, на втором этапе – дистанционная лучевая терапия в объеме СОД = 44 – 60 Гр. Далее выполнялась установка эндостатов в опухоль и паратуморально с 3D-КТ оценкой и планированием с последующим проведением HDR-брахитерапии на аппарате Nucletron Microselectron HDR (радиоактивное вещество Иридий-192) в объеме СОД = 16 – 32 Гр.

Результаты и обсуждение. У 3х пациентов удалось достичь полного эффекта от проведенной терапии, у одного пациента наблюдался частичный регресс опухолевого процесса.

Выводы. Внутритканевая лучевая терапия в комплексе с неоадъювантной ПХТ и дистанционной лучевой терапией является эффективным методом лечения, позволяющим достигнуть стойкой клинической ремиссии, избежать объемного оперативного вмешательства.

Местно-распространенный рак орофарингеальной зоны. Возможности таргетной терапии.

Космынин А.А.[1], Коробкова А.Ю., Матвеева С.П.1,2, Дудицкая Т.К.[1], Бяхов М.Ю.[2]

1) ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова М3 РФ, кафедра онкологии и лучевой терапии;
2) НУЗ ЦКБ N2 им. Н.А. Семашко ОАО "РЖД" г. Москва

В большинстве случаев после проведенного ранее хирургического или лучевого лечения у больных местно-распространенным плоскоклеточным раком головы и шеи развиваются рецидивы и/или отдаленные метастазы. Ввиду чего возрастает роль лекарственных методов лечения. Неоадъювантная химиотерапия позволяет во многих случаях избежать калечащих операций, тем самым позволяя сохранить качество жизни данной категории больных. Мишенью таргетной терапии у больных с новообразованиями орофарингеальной зоны является гиперэкспрессия рецептора EGFR/Her-1, наблюдаемая в 80-100% случаев.

Цель работы – сравнительная оценка результатов лечения неоадъювантной химиотерапии (цисплатин, 5-фторурацил) в сочетании с таргетной терапией гефитинибом в качестве 1-го этапа комплексного лечения у больных местно-распространенным плоскоклеточным раком орофарингеальной области (III-IVстадии) в сравнении со стандартной химиотерапией (цисплатин, 5-фторурацил).

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов комплексного лечения 102 больных местно-распространенным (III, IV стадии) плоскоклеточным раком полости рта, рото- и гортаноглотки в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст 57±9,2 лет), из них 96 мужчин, 6 женщин. У всех больных до начала лечения проводилось исследование наличия экспрессии и мутации рецептора эпидермального фактора роста EGFR. При анализе биологического профиля опухоли в 100% наблюдений обнаружена гиперэкспрессия рецептора эпидермального фактора роста EGFR. При анализе мутации EGFR, достоверной разницы между группами не получено. Лечение проводилось по следующим схемам: 1-я группа (исследуемая) – 50 больных: цисплатин 100 мг/м□ в/в в 1-й день, 5-фторурацил 500 мг/м□ в/в 1-5 день с интервалом 21 день 4 цикла и гефитиниб 250 мг peros ежедневно в течение 16 недель; 2-я группа (контрольная) получала цитостатическую терапию в том же объеме кроме гефитиниба.

Результаты. В исследуемой группе у 88% больных отмечался объективный эффект: в 32% случаев полная регрессия опухоли, в 40% наблюдений частичный ответ и у 16% стабилизация опухолевого процесса. Сравнивая полученные результаты с группой контроля, где полных клинических регрессий вовсе не отмечалось, частичный ответ наблюдался в 48,1% случаев, стабилизация процесса достигнута лишь в 5,8%, но обращает на себя внимание статистически значимый показатель прогрессирования опухолевого процесса – 46,1%, что в 3,8 раза превышает показатель группы таргетного лечения (p>0,001).

Выводы. Таким образом, применение гефитиниба позволяет значительно повысить клиническую эффективность неоадъювантной химиотерапии, не снижая при этом качества жизни больных..

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ.

П.Ю.Поляков, Н.Д.Олтаржевская, О.А.Быченков, Д.А.Рогаткин,

г. Москва. ГБУЗ МО Московский областной научно-иследовательский институт им.М.Ф.Владимирского МЗ РФ, ООО “Текстильпрогресс”.

Цель работы - повышение эффективности лучевой (ЛТ) терапии онкологических больных за счет разработки и внедрения в практику новых методик лучевого лечения на основе применения радиомодификаторов (радиосенсибилизаторов и радиопротекторов) с усовершенствованием способов их подведения, нетрадиционных схем фракционирования дозы, показателей оксигенации опухолей, оптимизации лечения на базе показателей пролиферативной активности (ПА), полученных с помощью лазерной флюоресцентной диагностики (ЛФД), как критерия прогноза лучевого воздействия.

В результате исследования разработаны новые методики лучевого лечения с использованием нетрадиционных схем фракционирования дозы в сочетании с 5-фторурацилом, платидиамом, метронидазолом, прополисом, амиглурацилом, и низкоинтенсивным лазерным излучением в качестве радиомофикаторов; разработаны салфетки “КОЛЕТЕКС” для аппликационного подведения радиомодификаторов; разработаны методики ЛФД определения показателей оксигенации и пролиферации, на основании последнего показателя разработан способ прогнозирования эффективности лучевой терапии.

В настоящее время мы располагаем опытом лу-

чевого лечения с использованием перечисленных радиомодифицирующих факторов более 1500 больных с местно-распространеными формами рака оро-фарингеальной зоны и кожи. Применение современных технологий позволило на 15-20% повысить эффективность лучевой терапии, на 10-15% снизить степень выраженности местных лучевых реакций и на 5-7 дней сократить их длительность и тем самым расширить показания к радикальному лечению больных с местно-распространенными стадиями злокачественных опухолей в самостоятельном лучевом, комбинированном и комплексном плане.

Проспективный прогноз эффективности ЛТ по показателям ПА опухоли на основе данных ЛФД в 80,5% является благоприятным при падении показателей ПА на

80% и > по сравнению с исходными в процессе I половины курса лучевой терапии.

МОРФОЛОГИЯ

Современные возможности прогнозирования течения плоскоклеточного рака гортани

Барышев В.В., Горбань Н.А., Попучиев В.В.

Медицинский радиологический научный центр Обнинск

Плоскоклеточный рак гортани представляет собой разнородную группу опухолей с разным биологическим и клиническим поведением. Для прогностических целей при плоскоклеточном раке гортани рекомендуется использовать иммуногистохимические маркеры Ki-67 и p53, а также учитывать особенности ангиоархитектоники опухоли. Высокая пролиферативная активность опухолевых клеток является показателем биологической агрессивности плоскоклеточного рака гортани. Уровень экспрессии Ki-67 более 55% и наличие экспрессии циклина D1 коррелирует с развитием рецидива заболевания и наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах. Наличие экспрессии p53 в ядрах опухолевых клеток плоскоклеточного рака гортани свидетельствовала о высоком риске развития рецидива заболевания. Особенности ангиоархитектоники в опухоли влияют на клиническое поведение рака гортани. Значительно васкуляризированные опухоли с высокими значениями микрососудистой плотности (МСП) продемонстрировали более спокойное клиническое поведение, чем опухоли с низкой МСП. Экспрессия p53 и высокий уровень Ki-67 являются маркерами необратимой опухолевой трансформации эпителиальных клеток многослойного плоского эпителия гортани. Экспрессия Ki-67 в ядрах эпителиальных клеток, расположенных на уровне 2/3 эпителиального пласта и выше, наличие экспрессии p53 отражают развитие тяжелой дисплазии и карциномы in situ покровного эпителия гортани и могут быть использованы для дифференциальной диагностики предраковых и доброкачественных гиперпластических процессов.

МЕТОДЫ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

Славнова Е.Н., Волченко Н.Н.,Тугулукова А.А.

ФГБУ "МНИОИ им. П.А..Герцена М3 РФ"

В последние годы методы жидкостной цитологии активно внедряются в клиническую цитологию. Первоначально методы жидкостной цитологии использовали для приготовления гинекологических мазков. Внастоящее время жидкостная цитология применяется и для получения цитологическихпрепаратов негинекологического материала. В нашей стране эта область цитологиитолько начинает развиваться. В настоящее время на рынке существует большоечисло приборов, позволяющих готовить препараты методом жидкостной цитологии,работа которых основана на разных физических принципах. Они позволяют получить распределение патологического материала на небольшом участке стекла, что значительно сокращает время просмотра препарата, а оставшийся в фиксирующей жидкости клеточный материал может быть использован для применения современных методов в онкоцитологии. Дальнейшее развитие цитологии и применение современных методов, таких как иммуноцитохимия и молекулярная генетика, морфометрия,компьютерный анализ изображений бесспорно требуют получения высококачественных тонкослойных цитологических препаратов.

Целью настоящего исследования является сравнение диагностической точности, особенностей морфологических изменений, качества им-

муноцитохимических исследований при использовании тонкослойных препаратов,полученных с помощью E-prep Processor и центрифуги Cytospin с рутинным приготовлением цитологических препаратов.

Материалы и методы: Материал для цитологического исследования был получен от 60 больных с различными злокачественными новообразованиями головы и шеи: слюнная железа - 21, щитовидная железа -9, лимфатические узлы - 30. Вполученныхдвумя методами жидкостных препаратах оценивались: фон, клеточность, особенностиморфологии. Обязательно проводилисьцито-гистологические сопоставления. В 18 случаях проведено иммуноцитохимическое исследование.

Результаты. Проведение цито-гистологических сопоставлений показало, что эффективность цитологического метода составила 90.8%, достоверность 97.7%, расхождения составили 2.3%, неудачно взятый материал 6.9%. Применение метода жидкостной цитологии совместно с рутинным цитологическимисследованием позволяет повысить эффективность цитологической диагностики засчет уменьшения количества неудачно взятого материала. Обеспечивается сохранность цитологического материала, даже единичные патологические клетки попадают в исследуемый материал. Использование E-prep- препаратов позволяетуменьшить фон, что позволяет повысить чувствительность цитологического метода.

Жидкостные технологии приготовления препаратов позволяют избежать загрязненияих детритом, эритроцитами, элементами воспаления, что значительно облегчает ихпросмотр. Что более выражено при применении E-Prep,чем в цитоспиновых препаратах.Получение монослоя позволяет сократить количество ложноотрицательныхрезультатов и облегчает просмотр цитологических мазков. Препараты приготовленные с помощьюE-Prep,отличались более равномернымраспределением клеток на стекле. Однако частичная фрагментация клеток,нарушение эпителиальностромального соотношения, разрозненное расположение клеток, сморщивание и ли легкое лизирование, более округлая или вытянутая форма, изменение размера клетки в большинстве случаев не позволяют по однимжидкостным мазкам без рутинных цитологических препаратов установитьцитологический диагноз. В мазках приготовленных с помощью Cytospin изменения в клетках менее выражены за счет применения питательной среды, позволяющей максимально сохранить клетки.Однако клетки меняли свою форму становились более округлыми, изменялись размеры клеток, чаще укрупнялись, реже уменьшались и даже сморщивались, что без совместного использования рутинных мазков затрудняло постановку цитологического диагноза. Таким образом для установления цитологического диагноза по жидкостным препаратам в обоих случаяхнеобходимо исследование проводить совместно с традиционными цитологическими мазками.

Полученные с помощью жидкостных технологий препараты можно использоватьдля проведения иммуноцитохимического исследования. Уменьшается расходдорогостоящих реактивов, что особенно важно при иммуноцитохимических имолекулярно-генетических исследованиях. Выраженность экспрессии антител совпадает при использовании обеих жидкостных методик, но в препаратах, приготовленных с помощьюаппарата E-Prepотмечался более чистый фон, большее число патологических клеток в мазке, что значительно облегчает оценку реакции,сокращая время просмотра мазка. Благодаря достоинствам препаратов, приготовленных с помощью аппарата E-Prep удалось провести иммуноцитохимию в 3из 18 случаев. В 2 случаях центрифужные препараты оказались неинформативны из-за большого числа элементов крови, и в 1-большое количество клеточного детрита не позволило провести иммуноцитохимию.

Монослойные препараты с хорошо сохранившимися клетками на определенной фиксированной площади позволяют использовать современные компьютерные технологии обработки изображений, проведения морфометрии.

Основными недостатками жидкостных препаратов являются.

Цитолог в своем заключении опирается не на одну, отдельно взятую клетку,а на совокупность клеток. Частобольшое значение придается взаимному расположению клеток и их взаимодействию с элементами стромы, что нарушается при получении жидкостных препаратов и в большинстве случаев требует просмотра их совместно с рутинными цитологическими мазками.

Большое значение для оценки процесса имеет фон препарата, в жидкостных препаратах он значительно снижен или отсутствует – эритроциты, нейтрофильные лейкоциты, лимфоциты, детрит,

миксоидное вещество, что лишает цитолога дополнительной диагностически важной информации.

Морфология клеток в жидкостных препаратах отличается по сравнению срутинными цитологическими препаратами, необходим опыт в просмотре таких препаратов.

Заключение. Метод жидкостной цитологии позволяет получать высококачественные стандартные, монослойные цитологические препараты, являетсяболее эффективным чувствительным в сравнении с рутинным методом. Он может успешно использоваться в диагностике опухолей молочной железы, щитовидной, слюнной железы, опухолей мягких тканей, выпотных жидкостей, метастазов в лимфатические узлы в сочетании с рутинным методом, так как в настоящее время еще нет достаточного накопленного опыта в просмотре таких препаратов (измененаморфология клеток, фон, пространственное расположение клеток).

Цитологические препараты, приготовленные методом жидкостной цитологиимогут успешно применяться для проведения иммуноцитохимического исследования, морфометрии, компьютерной обработки изображений. Более тщательный анализ структур клетки достигается благодаря равномерному распределению клеточного материала на стекле, хорошо визуализирующимся деталям ядра и цитоплазмы,чистому фону, значительному снижению числа элементов воспаления, эритроцитов, артефактов. Наряду с этим, надо отметить, что метод жидкостной цитологии в сравнении с рутинным имеет свои морфологические особенности, которые необходимо учитывать: вид и снижение фона, структурные изменения,такие как, преимущественно разрозненное расположение клеток, фрагментация крупных клеточных скоплений, нарушение эпителиально - стромального соотношения, уменьшение размера клеток, отдельные клетки приобретают более округлую или вытянутую форму, разреженный хроматин. Описание особенностей морфологии жидкостных цитологических препаратов при патологических процессах различных локализаций позволяет накопить необходимый опыт и в целом улучшить качество постановки морфологического диагноза.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Принципы хирургического и комбинированного лечения метастатических опухолей головного мозга

А.М.Зайцев, М.И.Куржупов, О.Н. Кирсанова, А.Е. Самарин

ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России, Москва

С достижениями онкологии в лечении рака - лечение метастазов в головной мозг становится все более важным фактором, определяющим продолжительность и качество жизни онкологических пациентов. С каждым годом количество онкологических больных растет, при этом уровень смертности от злокачественных новообразований занимает второе место, уступая только смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. А среди онкологических пациентов отмечается неуклонный рост количества больных с метастатическим поражением головного мозга.

Это объясняется ростом числа онкологических больных, увеличением продолжительности их жизни и следовательно большей вероятностью метастазирования. В Российской Федерации нет четкой статистики по выявляемости внутримозговых метастазов у онкологических больных, но считается, что в среднем ежегодно выявляется 14 – 16 новых случаев на 100000 населения. В США по данным разных авторов выявляется от 98000 до 170000 новых случаев метастатического поражения головного мозга в год. В настоящее время медиана выживаемости у пациентов с внутримозговыми метастазами без лечения составляет в среднем 1 мес., при добавлении кортикостероидов - 2 мес., после облучения всего головного мозга (ОВГМ) – 2-7 мес., при использовании стереотаксической радиохирургии – 5-14 мес., при использовании хирургии или радиохирургии в сочетании с ОВГМ – 6-15 мес. Продолженный рост внутримозговых метастазов развивается у 46-70% больных, подвергнутых хирургическому удалению метастаза, у 25-69%, перенесших стереотаксическую радиохирургию (СРХ), у 52 %, пролеченных ОВГМ, у 28-71%, получивших СРХ в сочетании с ОВГМ, у

20-58%, получивших хирургическое лечение в сочетании с ОВГМ. В МНИОИ им. П.А.Герцена обобщен опыт лечения 400 больных с метастатическим поражением головного мозга. В зависимости от морфологической структуры, распространенности (количество и размеры) и локализации метастатических очагов, а также контролируемости первичного очага и наличия эктракраниальных метастазов – больным выбиралась дифференцированная тактика лечения.

Тем не менее, всем больным на пером этапе лечения – проводилась нейрохирургическая операция, также у части пациентов проводились симультанные операции на легких, молочной железе, лимфоузлах, желудочно-кишечном тракте, почке, печени. Дальнейшая тактика лечения выбиралась на совместном консилиуме с участием химиотерапевтов, лучевых терапевтов и оперирующих онкологов профильных отделений (относительно первичного очага). Больным проводилось радиохирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия, хирургическое лечение первичного очага и экстракраниальных метастазов, согласно разработанным в МНИОИ стандартам лечения, утвержденных для онкологической службы Российской Федерации.

В результате проводимого хирургического и комбинированного лечения внутримозговых метастазов – медиана выживаемости больных метастатическим поражением головного мозга достигла 20 месяцев.

Фотодинамическая терапия и флюоресцентная диагностика злокачественных глиом

Куржупов М.И., Зайцев А.М., Кирсанова О.Н., Самарин А.Е., Филоненко Е.В.

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

Актуальность. С каждым годом число онкологических больных неуклонно увеличивается, при этом уровень смертности от злокачественных новообразований занимает второе место, уступая смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Считается, что заболеваемость первичными злокачественными опухолями головного мозга (злокачественными глиомами) в Российской Федерации составляет 8-16 случаев на 100000 населения, тогда как в США в год выявляется 18500 новых случаев заболевания и в год от данной патологии погибает 13000 человек. К злокачественным глиомам относятся: глиобластома (ГБМ), анапластическая астроцитома (АА), анапластическая олигоденроглиома (АО), анапластическая олигоастроцитома (АОА). Эти опухоли имеют выраженный инфильтративный рост, также могут быть мультифокальными, крайне редко метастазируют за пределы нервной системы.

Основной метод лечения этих опухолей – комплексный, включающий в себя операцию, лучевую терапию и химиотерапию. Основная цель хирургического лечения – это удаление основной массы опухоли и создание тем самым благоприятных условий для адъювантной терапии. Накопленный опыт указывает на прямую зависимость между радикальностью удаления опухоли и продолжительностью жизни больного.

Но, несмотря на все современные достижения микрохирургии, лучевой терапии и химиотерапии – медиана продолжительности жизни пациентов со злокачественными глиомами остается низкой, особенно при глиобластоме, где не превышает 15 месяцев. Материалы и методы. В МНИОИ им. П.А.Герцена накоплен опыт хирургического лечения злокачественных глиом в сочетании с интраоперационной флюоресцентной диагностикой (ФД) и фотодинамической терапией (ФДТ). В исследование включено 77 разнополых больных, в основную группу (операция с ФД и ФДТ) вошло 36 пациентов (ГБМ – 29, АА – 7), в контрольную группу (операция без ФД и ФДТ) – 41 (ГБМ – 32, АА – 9). Всем больным в течение 24 часов после операции была выполнена контрольная магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастным усилением (МРТКУ), при которой выявлено тотальное удаление опухоли у всех больных.

Период наблюдения за больными составил от 3 до 45 месяцев, все они получили одинаковое комплексное лечение, контрольные МРТКУ выполнялись каждые 3 месяца. Результаты. Проанализировав выживаемость методом Каплан-Майера в группе исследования и в контрольной группе, мы выявили, что общая выживаемость в группе с ФД и ФДТ, как при ГБМ, так и при АА выше, чем в контрольной группе. Общая выживаемость составила в группе с ФД и ФДТ при ГБМ – 15 месяцев, при АА – 19 месяцев, в контрольной группе – 9 и 9 месяцев,

соответственно. Продолженный рост диагностирован у 43 больных (37 ГБМ, 6 АА): в группе исследования – у 15 (51,7%) пациентов с ГБМ и 2 (28,6%) пациентов с АА, в контрольной группе – у 22(68,8%) и 3 (44,4%) пациентов, соответственно.

Выводы. Хирургическое лечение в сочетании с интраоперационной флюоресцентной диагностикой и фотодинамической терапией с препаратом аласенс у больных со злокачественными глиомами показали высокую эффективность в лечении данной патологии, за счет повышения абластичности операции, что привело к улучшению локального контроля и увеличению общей выживаемости.

Флюоресцентная диагностика внутримозговых метастазов

Куржупов М.И., Зайцев А.М., Филоненко Е.В.

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

В Российской Федерации нет четкой статистики по выявляемости внутримозговых метастазов у онкологических больных, но считается, что в среднем ежегодно выявляется 14 – 16 новых случаев на 100000 населения. В США по данным разных авторов выявляется от 98000 до 170000 новых случаев метастатического поражения головного мозга в год.

До настоящего времени остается актуальной задача интраоперационной диагностики и визуализации опухолей головного мозга. В МНИОИ им. П.А. Герцена проведена научно-исследовательская работа по интраоперационной визуализации внутримозговых метастазов с использованием флюоресцентной диагностики с препаратом аласенс. Препарат аласенс разработан на основе синтезированной по оригинальной технологии субстанции 5-аминолевулиновой кислоты. Избыточное введение аласенса приводит к повышенному накоплению в опухоли протопорфирина IX – эндогенного фотосенсибилизатора. При осмотре в синем диапозоне спектра (380 – 460 нм) протопорфирин IX интенсивно флюоресцирует в опухоли с красным свечением. Препарат аласенс в дозе 20 мг/кг массы тела больного, растворенный непосредственно перед применением в 100 мл негазированной питьевой воды, принимают внутрь за 2-2,5 ч до начала эндотрахеального наркоза.

Исследование проведено на 94 разнополых больных с метастазами различных опухолей: у 38 – немелкоклеточного рака легкого, у 23 – рака молочной железы, у 10 – почечноклеточного светлоклеточного рака, 8 – колоректального рака, 3 – аденокарциномы яичника, 6 – меланомы, у 6 – метастазы других опухолей экстракраниальной локализации. В среднем интенсивность флюоресценции составила: при немелкоклеточном раке легкого – 17.4±7.4 усл. ед., при раке молочной железы – 11.2±3.9усл.ед., при нейроэндокринном раке – 9.7±4.1, при раке яичников – 14.1±3.0, при почечно-клеточном светлоклеточном раке – 21.1±4.9, при пигментной меланоме – 0,04. Флюоресцентная контрастность опухоль/нормальная ткань мозга в среднем составила: при НМКРЛ – 27,9, при раке молочной железы – 33,9, при нейроэндокринном раке – 7,5, при раке яичников – 58,8, при почечно-клеточном светлоклеточном раке – 13,5. Интенсивная флюоресценция всех опухолей (с высокой флюоресцентной контрастностью) зарегистрирована в независимости от морфологической структуры внутримозговых метастазов, исключая метастаз пигментной меланомы, при котором флюоресценция ППIX в опухоли была минимальна. У 14 больных (из группы с ФД и ФДТ) были изучены особенности распределения Аласенс-индуцированного ППIX в зависимости от срока проведения ФД и морфологического диагноза: флюоресцентная контрастность опухоль/нормальная ткань головного мозга в группе больных с интервалом 3-5 ч составляла от 5,4 до 70,5 (в среднем 28,8±20,2), в группе больных с интервалом в 7-8 ч - от 4,4 до 10,2 (в среднем 7,3±4,1).

С учетом данных интенсивности флюоресценции и планового гистологического исследования чувствительность флюоресцентной диагностики внутримозговых метастазов с препаратом аласенс составила 96,7%, специфичность – 100%. По данным послеоперационной диагностики (МРТ/КТ головного мозга с контрастным усилением) радикального удаления внутримозговых метастазов удалось достичь в 100% случаев в группе, где была применена флюорецентная диагностика, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 79,55%. Вывод: флюоресцентная диагностика внутримозговых метастазов позволяет снизить число диагностических ошибок, достоверно оценить границы внутримозговых метастазов и повысить радикальность оперативного вмешательства до 100%.

Фотодинамическая терапия и флюоресцентная диагностика метастатического поражения головного мозга

М.И.Куржупов, А.М.Зайцев, Е.В. Филоненко, Кирсанова О.Н., Самарин А.Е.

ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России, Москва

В Российской Федерации нет четкой статистики по выявляемости внутримозговых метастазов у онкологических больных, но считается, что в среднем ежегодно выявляется 14 – 16 новых случаев на 100000 населения. В США по данным разных авторов выявляется от 98000 до 170000 новых случаев метастатического поражения головного мозга в год.

Внутримозговые метастазы имеют инфильтративный рост. В настоящее время медиана выживаемости у пациентов с внутримозговыми метастазами без лечения составляет в среднем 1 мес., при добавлении кортикостероидов - 2 мес., после облучения всего головного мозга (ОВГМ) – 2-7 мес., при использовании стереотаксической радиохирургии (СРХ) – 5-14 мес., при использовании хирургии или радиохирургии в сочетании с ОВГМ – 6-15 мес., в зависимости от RPA-класса. Продолженный рост внутримозговых метастазов развивается у 46-70% больных, подвергнутых хирургическому удалению метастаза, у 69%, перенесших стереотаксическую радиохирургию (СРХ), у 52 %, пролеченных ОВГМ, у 28-71%, получивших СРХ в сочетании с ОВГМ, у 20-58%, получивших хирургическое лечение в сочетании с ОВГМ. В МНИОИ им. П.А.Герцена проведена научно-исследовательская работа по повышению абластичности нейрохирургических операций, путем использования интраоперационной фотодинамической терапии (ФДТ) в сочетании с флюоресцентной диагностикой (ФД) метастатического поражения головного мозга. В исследование было включено 231 разнополых больных, в основную группу (операция с ФД и ФДТ) вошло 94 пациента, в контрольную группу (только операция) – 137, группы статистически сопоставимы. Период наблюдения за больными составил от 3 до 80 месяцев.

Проанализировав выживаемость методом Каплан-Майера в группе исследования и в контрольной группе в целом и по RPA-классам в каждой группе, мы выявили, что выживаемость выше в группе с ФД и ФДТ, как в целом, так и в каждом RPA-классе. Медиана выживаемости в группе с ФД и ФДТ – 9 месяцев, в контрольной группе – 6 месяцев ($p<0,01$); в 1 RPA-класс в группе исследования – 28 месяцев, в контрольной группе 19 месяцев ($p=0,34$); 2 RPA-классе – 8 и 6 месяцев ($p<0,01$); в 3 RPA-классе – 8 и 5 месяцев ($p<0,05$), соответственно.

Также методом Каплан-Майера оценивалась безрецидивная выживаемость. Медиана безрецидивной выживаемости составила в группе исследования – 8 месяцев, в контрольной группе 5 месяцев ($p<0,01$), в 1 RPA-классе в группе исследования – 26 месяцев, в контрольной группе – 16 месяцев ($p=0,43$), в 2 RPA-классе – 7 и 5 месяцев ($p<0,01$), в 3 RPA-классе – 7 и 3 месяца ($p<0,05$), соответственно. Продолженный рост метастаза в сроки от 1 до 6 месяцев диагностирован: в группе исследования – у 2 из 94 больных (2,1%), в контрольной группе – у 37 из 137 пациентов (27%). В более поздние сроки у 3 пациентов в каждой из групп. Таким образом, рецидив удаленного метастаза в группе исследования развился у 5 больных (5,3%) и у 40 больных (29%) в контрольной группе ($p<0,05$).

Вывод: интраоперационная фотодинамическая терапия в сочетании с флюоресцнтной диагностикой с препаратом Аласенс у больных с метастатическим поражением головного мозга показал высокую эффективность в лечении внутримозговых метастазов за счет повышения абластичности операции, что привело к улучшению локального контроля, повышению как безрецидивной, так и общей выживаемости.

Закрытия дефектов глазницы после удаления новообразований основания черепа с интраорбитальным распространением

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, Санкт – Петербург

Мирзаян Г.Р., Гуляев Д.А.

Актуальность темы: орбита представляет собой сложную анатомическую область, расположенную на границе мозгового и лицевого черепа. В связи с ростом заболеваемости опухолями глазницы (ОГ)

и развитием хирургии основания черепа (ХОЧ), проблема хирургии ОГ остается актуальной в настоящее время. По данным разных авторов заболеваемость в России составляет до 3,5 на 100000 населения и составляет от всех новообразований органа зрения. Хирургия опухолей основания черепа (ООЧ) с интраорбитальным распространением (ИР) является междисциплинарной проблемой с обязательным привлечением смежных специалистов. Тотальное удаление ООЧ с ИР сопряжено с обширными поверхностными и глубокими тканевыми дефектами. Восстановление анатомических барьеров между полостью черепа и внечерепными пространствами важно ввиду потенциального риска ликвореи, напряженной пневмоцефалии, менингита, а также косметических и функциональных нарушений.

Цель исследования: изучение возможности применения основных методов закрытия дефектов орбиты после удаления ООЧ с ИР. Задачи исследования: 1) определить возможность применения основных методов закрытия дефектов орбиты после удаления ООЧ с ИР; 2) выявить наиболее предпочтительные методы восстановления дефектов орбиты после удаления ООЧ с ИР. Материалы и методы: в период с января 2012 года по январь 2014 года в отделении хирургии опухолей головного и спинного мозга №2 прооперировано 180 пациентов с диагнозом ООЧ, из них 42 пациента с ООЧ и прилежащих областей с ИР. В группу исследования входили пациенты с III и IV стадиями клинического течения заболевания.

Среди них: мужчин – 18 (42,86%), женщин – 24 (57,14%). Средний возраст составил 64±18 лет. Более 59,5% (n=25) ОГ наблюдалось в возрастной группе 70–80 лет. Результаты: пациентам исследуемой группы было выполнено 45 операций. Получены следующие варианты опухолей: злокачественные – 57% наблюдений (n=24), доброкачественные – 43% (n=18). Первичные опухоли орбиты составили 57%, вторичные – 36% (n=15), метастазы – 7% (n=3). Выбор метода пластики дефектов орбиты отличался в зависимости от доступа и объема оперативного вмешательства. В 4,7% случаев пластика костного дефекта крыши орбиты суммарной площадью до 1 см 2 (n=2) не производилась вследствие отсутствия косметических и функциональных расстройств в послеоперационном периоде. В 40,5% случаев (n=17) применялся васкуляризированный надкостничный лоскут лобной области в сочетании с клеевыми композитами и пластинами из никелида-титана.

Дефекты медиальной стенки орбиты нуждаются в отграничении от воздухоносных полостей, что особенно актуально в случаях резекции части инфильтрированной надкостницы. Восстановление производилось с использованием расщепленной аутокости черепа в комбинации с титановыми микропластинами и аутожировым лоскутом (АЛ) в 23,8% (n=10) наблюдений. Реконструкция дна полости глазницы височным мышечным лоскутом на сосудистой ножке с поверхностной височной фасцией путем транспозиции через скуловую дугу в комбинации с АЛ Биша и титановыми микропластинами проводилась в 19% наблюдений (n=8). В 12% (n=5) случаев пластика дефектов латеральной стенки орбиты производилась преимущественно височной мышцей и свободным АЛ. Большее, по сравнению с другими, количество осложнений зарегистрировано у пациентов, у которых ход операционного доступа и пострезекционная полость сопровождалась вскрытием воздухоносных ходов и придаточных пазух.

Количество послеоперационных осложнений оставалось прямо пропорциональным объему резекции и реконструкции. Так при реконструкции медиальной стенки орбиты системные воспалительные изменения наблюдались в 3 наблюдениях (7,1%), что в 2/3 случаев сопровождалось менингитом, а в 1/3 – некрозом аутотрансплантата (АТ). У четверти пациентов пластика нижней стенки глазницы сопровождалась воспалительными изменениями, при этом в 1/8 наблюдений составили менингит и некротические изменения АТ. Менингит при пластике дефектов крыши орбиты выявлялся в 1/5 наблюдений (n=3). При восстановлении латеральной стенки орбиты реактивные изменения не наблюдались. Общая летальность в наблюдаемой группе составила 2,4%. Выводы: Использование комбинированных методов пластики имеют четкие показания, которыми являются суммарная площадь дефектов, необходимость восстановления анатомических барьеров и эстетических пропорций. В таком случае применение АТ на питающей ножке в сочетании с металлоконструкциями более оправдано, чем свободных лоскутов из-за меньшего количества септических осложнений.

Комплексная оценка показателей качества жизни в системе диспансерного наблюдения у больных меланомой хориоидеи

ГБОУ ВПО "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

Мочалова А.С.

Введение. Одной из актуальных проблем офтальмоонкологии является меланома хориоидеи. Приоритетным направлением в лечении меланомы хориоидеи является использование различных органосохранных методик лечения. Вместе с тем, значительные размеры опухоли нередко требуют выполнения органоуносящего лечения. Под излечением в онкологии на современном этапе понимают не только клиническое выздоровление, но и возвращение больного к прежнему социальному положению, т.е. реабилитация и повышение качества жизни стали частью комплексного подхода к лечению в онкологии.

Цель и задачи Научно обосновать целесообразность включения комплексной оценки показателей качества жизни как компонента лечения и программы индивидуальной реабилитации больных меланомой хориоидеи в процесс диспансерного наблюдения. Материалы и методы Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» с использованием опросника FACT-G. Показатели качества жизни были оценены у 122 пациентов с меланомой хориоидеи T1-3N0M0-1 после лечения, средний возраст составил 59,9±10,8 лет, в двух группах: первая группа - пациенты с меланомой хориоидеи после органосохранного лечения (74 пациента); вторая группа - пациенты с меланомой хориоидеи, после энуклеации глазного яблока (48 пациентов). Для статистической обработки применены методы параметрической статистики и непараметрической статистики. Статистически значимым считалось отличие при p<0,05 (95% уровень значимости).

Результаты Изучение роли факторов, влияющих на показатели качества жизни, позволило выявить взаимосвязь с такими факторами как: возраст пациента, течение онкологического заболевания, вид проведенного лечения, острота зрения непораженного опухолевым процессом глаза.

Анализ показателей качества жизни у больных меланомой хориоидеи после лечения позволил установить, что итоговые значения качества жизни пациентов после органоуносящего лечения были достоверно выше (77,74±2,89 баллов) через год после лечения, чем у пациентов, получивших органосохранные методики лечения (69,61±2,15 баллов). При этом более высокие показатели качества жизни наблюдались у больных при выполнении первичной энуклеации (83,73±1,51 баллов), в сравнении с пациентами, которым была выполнена вторичная энуклеация (74,53±4,84 баллов, p<0,05). С учетом особенностей течения опухолевого процесса установлено, что у больных меланомой хориоидеи с признаками метастазирования итоговый показатель качества жизни имел достоверно более низкие значения (60,5±11,58 баллов), чем у пациентов с местнораспространенной стадией (74,45±1,78 баллов при T2N0M0 и 77,0±2,03 баллов при T3N0M0), преимущественно за счет «физической» составляющей качества жизни.

Сравнительный анализ показателей качества жизни с учетом возраста в соответствии с классификацией рекомендованной ВОЗ (1992 г.), позволил выявить обратную корреляционную зависимость изменения суммарного показателя качества жизни с увеличением возраста (rs=-0,4554; p≤0,05), и установить достоверное прогрессивное снижение показателей качества жизни с увеличением возраста (89,23±3,06 баллов у пациентов в возрасте до 44 лет и 63,07±3,57 баллов у пациентов старше 75 лет). Корреляционный анализ выявил наличие умеренной положительной связи между показателями качества жизни пациентов и остротой зрения непораженного опухолевым процессом глаза (rs = 0,3186).

Пациенты с остротой зрения непораженного опухолевым процессом глаза меньше 0,3, имели достоверно более низкие показатели качества жизни в целом (67,61± 3,06 баллов), так и по отдельным его блокам (за исключением физической составляющей), чем пациенты с высокими зрительными функциями (77,98±1,32 баллов). Выводы На основе комплексной оценки показателей качества жизни больных меланомой хориоидеи с помощью опросника FACT-G установлено, что выполнение органоуносящего лечения, в сравнении с органосохранным лечением меланомы хориоидеи, не сопряжено с ухудшением показателей качества жизни пациентов.

При выборе тактики лечения больных меланомой хориоидеи следует учитывать установленные значимые факторы (особенности течения опухолевого процесса, острота зрения, возраст), непосредственно влияющие на качество жизни больных меланомой хориоидеи.

Полученные данные позволяют научно обосновать необходимость комплексной оценки показателей качества жизни как компонента лечения и программы реабилитации больных меланомой хориоидеи в процессе диспансерного наблюдения.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Выбор тактики лазерного лечения диабетического гемофтальма

Алиева Н.И., Касимов Э.М., Мамедзаде А.Н.

Национальный центр офтальмологии им. акад. Зарифы Алиевой, Азербайджан, Баку

Цель работы – определить диагностические критерии, необходимые для выбора тактики лазерного лечения диабетического гемофтальма. Материал и методы: Клинический материал составили 56 пациентов (61 глаз) с диагнозом пролиферативная диабетическая ретинопатия, осложненная гемофтальмом, в возрасте от 36 до 69 лет. Среди них лиц женского пола было 31 человек (34 глаза), лиц мужского пола – 25 человек (27 глаз). В исследование не включались больные с наличием тракционной отслойки сетчатки, массивных витреоретинальных тяжей. Больные были подразделены на 3 группы в зависимости от плотности гемофтальма. I группу (24 пациента, 27 глаз) составили пациенты с диабетическим гемофтальмом низкой плотности, II группу (22 пациента, 24 глаза) – с гемофтальмом средней плотности и III группу (10 пациентов, 10 глаз) – с гемофтальмом высокой плотности. Методы исследования включали визометрию, тонометрию, офтальмобиомикроскопию. а также ультразвуковые исследования: В-сканирование и квантитативную эхографию. Квантитативную эхографию провдили при помощи ультразвуковой диагностической системы «Nemio XG SSA-580A» фирмы «TOSHIBA» (Япония) с линейным датчиком частотой в 7,5 МГц. Выполнялось ультразвуковое серошкальное сканирование контактным транспальпебральным методом, определялся объем и границы гемофтальма.

Затем использовалась функция «Гистограмма», при которой автоматически строится амплитудная гистограмма с показателями N, M, SD, где N – число данных любого оттенка серого цвета; M – средняя шкала, указывающая количественное распределение оттенка серого цвета, наиболее часто встречающегося в очерченной области; SD – распределение оттенка наиболее серого цвета, соответствующего наибольшей эхоинтенсивности. В нашей работе мы использовали показатель SD, который наиболее информативен для определения эхографической плотности гемофтальма. Контрольную группу составили 10 пациентов с диабетической пролиферативной ретинопатией без гемофтальма в возрасте 35-65 лет. У этих пациентов проводилась квантитативная эхография для определения параметров стекловидного тела без гемофтальма.

Результаты и обсуждение. В результате исследования пациентов были установлены диагностические критерии, необходимые для оценки гемофтальма при выборе тактики лечения. При помощи ультразвуковых исследований измерялась площадь кровоизлияния, оценивался объем гемофтальма как частичный, субтотальный или тотальный. Плотность гемофтальма определялась на основании данных квантитативной эхографии. Гемофтальм низкой плотности определялся при значении SD 3,1- 4,5; гемофтальм средней плотности определялся при значении SD 4,5-6,7; гемофтальм высокой плотности определялся при значении SD 6,7 и выше. В зависимости от эхо-плотности гемофтальма была выбрана соответствующая энергия лазерного импульса для проведения ИАГ-лазерного витреолизиса. При гемофтальме низкой плотности энергия импульса соответсвовала 2-5 Дж, при средней плотности – 6-8 Дж, при высокой плотности – 9-12 Дж. Следует отметить, что гемофтальм высокой плотности требует воздействия лазера с оптимальной разрушающей силой для достижения максимального лечебного эффекта. Энергия импульса также варьировала в зависимости от локализации в центральных либо периферических отделах стекловидного тела.

Выводы. Проведенные исследования позволили выявить диагностические критерии, имеющие важное значение для планирования лечебной тактики и прогнозирования результатов. С учетом данных квантитавной эхографии были определены параметры лазерного воздействия для проведения ИАГ-лазерного витреолизиса. Таким образом, про-

ведение квантитативной эхографии у пациентов с диабетическим гемофтальмом является необходимым диагностическим методом исследования для выбора тактики лечения с целью повышения ее эффективности.

Результаты органосохраняющего лечения детей с рабдомиосаркомой орбиты стандартного риска

Горовцова О.В., Ушакова Т.Л., Иванова Н.В., Глеков И.В., Саакян С.В., Яровой А.А., Клеянкина С.С., Поляков В.Г.

Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Цели и задачи: повышение и оценка пятилетней безрецидивной выживаемости при рациональном использовании химио- и лучевой терапии и щадящей хирургии в группе детей с рабдомиосаркомой (РМС) орбиты стандартного риска. Критерии стандартного риска для подгруппы А: эмбриональный гистологический вариант; благоприятная локализация — орбита; опухоль любого размера полностью удалена или имеются микроскопические остатки или большая резидуальная опухоль; лимфатические узлы клинически негативные.

Рациональность лечения подгруппы А заключается: в системной химиотерапии (СХТ) только двумя препаратами, что предполагает низкую токсичность и возможность амбулаторного лечения; в проведении лечения без лучевой терапии (ЛТ) при радикальной операции; в коррекции дозы ЛТ при микроскопических остатках до СОД=36Гр или при большой резидуальной опухоли до СОД+45Гр; в применении щадящей хирургии (приветствуется биопсия, удаление – только при возможности радикальной не калечащей операции). Материалы и методы. В НИИ детской онкологии и гематологии с февраля 2008 года по май 2013 наблюдались 27 пациентов с впервые выявленной, локальной РМС орбиты. На долю эмбрионального варианта РМС пришлось 89% (n=24), альвеолярного - 7% (n=2), еще в одном случае - 4% гистологический вариант не был определен. Лиц мужского пола было 11 (41%), женского- 16 (59%), в возрасте от 2 месяцев до 15 лет. Лечение по протоколу стандартного риска РМС орбиты начато 16 пациентам.

Стадирование согласно TNM классификации мягкотканых сарком: n=9-T1aN0M0, n=4-T2aN0M0, n=3-T2bN0M0. Все пациенты относились к группе стандартного риска, подгруппе А (N0), III клинической группе (большая резидуальная опухоль). На первом этапе выполнялась биопсия опухоли (НИИ детской онкологии и гематологии (2), МНИИ ГБ (9), по месту жительства (2)) в двух случаях трепанобиопсия (МНТК) с последующей верификацией. Объем лечения состоял из 16 курсов СХТ (винкристин, актиномицин Д) с подключением ЛТ с третьей недели (РОД=1,8Гр, СОД=45Гр). Учитывая выраженный клинический эффект на фоне СХТ и ЛТ, необходимости в оперативном вмешательстве не было ни в одном случае.

Результаты. Из 16 пациентов 8 получили лечение по протоколу в полном объеме, в настоящий момент без признаков заболевания, средний срок наблюдения 31 месяц. Лечение еще не закончено 4 пациентам. Вышли из исследования в связи с прогрессией заболевания на фоне 1 курса ПХТ—n=4 (переведены на 2 линию химиотерапии с последующей операцией (3 органосохраняющие, 1 экзентерация) и ЛТ, в настоящий момент без признаков заболевания, средний срок наблюдения 20 месяцев. Локальный рецидив — n=2 (переведены на вторую линию СХТ с дальнейшей экзентерацией орбиты, в настоящий момент без признаков заболевания, средний срок наблюдения 10 месяцев). Удалось избежать оперативного вмешательства и минимизировать косметические дефекты n=10. Выполнено органосохраняющих операций n=3, экзентераций n=3. Все дети живы. Средний срок наблюдения (n=16) 22 месяца.

Выводы: консервативная органосохраняющая химиолучевая терапия показала свою эффективность в 6 из 12 случаев. Еще 3 пациентам удалось выполнить органосохраняющие операции, благодаря 2 линии СХТ, назначенной при возникновении локального прогрессирования на 1 курсе химиотерапии. Экзентерация орбиты остается безальтернативным методом лечения при исчерпанных возможностях системной химио- и лучевой терапии.

Возможности органосохраняющего лечения детей с интраокулярной ретинобластомой без применения дистанционной лучевой терапии

Горовцова О.В., Ушакова Т.Л., Трофимов И.А., Яровой А.А., Булгакова Е.С., Кривовяз О.С., Саакян С.В., Долгушин Б.И., Поляков В.Г.

Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, Москва

Цели и задачи: Повысить эффективность органосохраняющего лечения интраокулярной ретинобластомы (РБ) за счет подключения методов локальной химиотерапии (ЛХТ): селективной интраартериальной химиотерапии (СИАХТ) в глазную артерию и интравитреальной химиотерапии (ИВХТ) мелфаланом. Избежать применения дистанционной лучевой терапии (ДЛТ). Оценить эффективность органосохраняющего лечения интраокулярной РБ с использованием методов ЛХТ.

Материал и методы: С февраля 2011г. по октябрь 2013г ЛХТ1,2 проведена 36 детям на 44 глаза, при этом с интраокулярной первичной РБ на 33 глаза (группа В (3), группа С (8), группа Д (17), Е (5)) и рецидивной на 11 глаз. Режимы введения ЛХТ: 22 глаза - СИАХТ+ИВХТ, 10 глаз - СИАХТ, 12 глаз - ИВХТ. Количество процедур: СИАХТ – 60, ИВХТ- 69. Все дети были разделены на 3 группы. ЛХТ проводилась после завершения программы СХТ в группе I (14 детей, 18 глаз) с дополнительным применением методов локального разрушения опухоли на 7 глазах (брахитерапия (БТ) ± транспупллярная термотерапия (ТТТ) ± криодеструкция) и ДЛТ на 7 глазах. 1 пациент (2 глаза) вышел из исследования. 2 пациентам (2 глаза) лечение еще не окончено. В группе II из 3 детей (3 глаза) ЛХТ проводилась без поддержки СХТ. Сохранить глаз удалось одному ребенку, которому проводилась БТ и витрэктомия с ирригацией мелфалана. В группе III 20 детям (23 глаза) ЛХТ проводилась на фоне СХТ, 10 (10 глаз) дополнительно проводились методы локального разрушения опухоли (БТ±ТТТ±криодеструкция), 2 детям (3 глаза) – ДЛТ,7 детям (10 глаз) лечение еще не закончено.

Результаты: 1 пациент (2 глаза) вышел из исследования. В группе I у 13 детей сохранены 13 из 16 глаз со средним сроком наблюдения 19 мес. В группе II сохранен 1 из 3 глаз со средним сроком наблюдения 30 мес. В группе III сохранены 21 из 23 глаз со средним сроком наблюдения 8 мес. Лечение еще не завершено 9 из 35 пациентам (12 глаз). У 35 детей (42 глаза), оставшихся в исследовании, удалось спасти 35 глаз (25 – без ДЛТ). Все дети живы со средним сроком наблюдения 14 мес. Выводы: ЛХТ является эффективным методом в комплексном лечении инраокулярной РБ, позволяющим, более чем в половине случаев, избежать ДЛТ и энуклеации.

Причины поздней диагностики опухолей придаточного аппарата глаза.

Енгибарян М.А.

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

На сегодняшний день остается достаточно высоким процент больных с опухолями придаточного аппарата глаза, поступивших на лечение к онкологу с запущенными стадиями заболевания, что побудило нас к проведению настоящего исследования. Целью работы явилось изучение структуры заболеваемости и анализ причин поздней диагностики опухолей данной локализации. Клинико - морфологическому анализу были подвергнуты данные историй болезней 1100 пациентов, находившихся на лечении в Ростовском научно- исследовательском онкологическом институте за период с 1999 по 2010 г.г. Ведущее место занимали пациенты с локализацией первичного опухолевого процесса на коже нижнего века 531 (48,27%) и в области внутреннего угла глаза 339 (30,82%). Поражение верхнего века и области наружного угла глаза отмечено у 68 (6,18%) и 65 (5,91%) соответственно.

Обширное поражение обоих век с прорастанием опухоли в орбиту диагностировано у 97 (8,82%) человек. Пациенты с местно-распространенным опухолевым процессом составили 44,2% от общего числа больных. Метастазы в регионарные лимфатические узлы диагностированы в 21 (1,9%) случае. К моменту обращения в лечебное учреждение больные отмечали наличие опухолевого образования на коже век в сроки от нескольких недель до нескольких десятилетий. Наиболее часто (в 51,64 % случаев) больные обращались за медицинской помощью через 1-3 года от момента появления опухолевого образования на коже. Чаще всего пациенты первично обращались к офтальмологам и дерматологам общей лечебной сети. У 285 (25,9%) больных имела место неправильная первичная диагностика заболевания при обращении в медицинские учреждения общей лечебной сети, проводилось неадекватное лечение и продолжалось развитие злокачественной опухоли. Из них 76 (6,9%) пациентам с подозрением на рак было выполнено морфологическое исследование новообразования, но оно оказалось неинформативным и

больные не были направлены в специализированное учреждение. Из 38 пациентов с меланомой кожи век 12 (31,58%) поступили на лечение после проведенной биопсии опухоли, после которой был отмечен быстрый рост опухоли.

В результате проведенного исследования мы пришли к следующим выводам: 1. В структуре злокачественных опухолей кожи век преобладает базальноклеточный рак (74,64%), плоскоклеточный рак составляет - 20,82%, меланома встречается в 3,45% случаев, рак из придатков кожи – в 1,09%. 2. Почти половина больных (44,2%) поступила на лечение к онкологу с запущенными злокачественными опухолями. 3. Основной причиной запущенности рака кожи век является позднее обращение пациентов за медицинской помощью. Более чем в половине случаев (51,64 %) больные обращались к врачу через 1-3 года от момента появления первых признаков заболевания.

По нашему мнению, повышение онкологической настороженности врачей общей лечебной сети позволит снизить процент врачебных ошибок и, как следствие, увеличит удельный вес пациентов с начальными формами рака, что, безусловно, будет способствовать улучшению результатов лечению больных со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза.

Лечение цитомединами глазо-двигательных расстройств и атрофии зрительного нерва ишемически - гипоксического генеза

Иванова Е.Л.

Дальневосточный государственный медицинский университет, кафедра офтальмологии, Городская клиническая больница 10, глазная клиника, Хабаровск

Актуальным является поиск новых возможностей лечения последствий острого нарушения кровообращения (ОНМК) с введением эффективных нетоксичных и безаллергенных средств лечения. К числу данных препаратов относятся Цитомедины. Ранее описанные способы введения Цитомединов: парабульбарно, в субтеноново пространство, внутримышечно. Нами предложено введение Цитомединов – Ретиналамина и Кортексина в КНЯ, как можно ближе к зрительному нерву и к ЦНС. Целью предложенного способа лечения глазо-двигательных расстройств и атрофии зрительного нерва явилось - улучшение эффективности излечения от субъективных жалоб больных на снижение зрения, изменения положения век и подвижности глазного яблока, девиации (косоглазия) вследствие парезов и параличей глазо-двигательных нервов после ОНМК.

Результат достигается тем, что в комплекс общепринятого лечения 30 пациентам после ОНМК через день с двух сторон (по 2 – 3 раза в неделю с каждой стороны) дополнительно проводилось введение нейропротекторных Цитомединов в КНЯ. Материал: В глазной клинике с положительным результатом пролечено 30 больных в возрасте от 32 до 65 лет, обратившихся после ОНМК. Методика: содержимое флакона (10 мг Кортексина, 5 мг Ретиналамина, либо оба препарата совместно) растворяли в 1-2 мл 2% раствора лидокаина и вводили через день с двух сторон (по 5 инъекций с обеих сторон) в пространство КНЯ в течение 10 дней. Повторные курсы проводили через 1 – 1,5 месяца, не менее трех курсов лечения. Полученные результаты. Острота зрения повысилась на 0,2 у большинства пациентов, суммарное поле зрения расширилось на 35 – 40 градусов ($p< 0,05$).

Исчезновение угла девиации и нормализация положения век достигнута в 31% случаев. У остальных угол девиации уменьшился на 8-10 градусов, значительно улучшилось положение век и подвижность глазного яблока на стороне поражения. В связи с этим, отмечена достоверно высокая удовлетворенность пациентов функциональными и косметическими результатами лечения. Выводы: 1. При поражении зрительного нерва и глазо-двигательных нервов после ОНМК целесообразно в течение полугода в условиях глазного стационара вводить Ретиналамин и Кортексин в КНЯ - 3 курса по 5 инъекций с 2 сторон (интервалами не более 1- 1,5 месяца). 2. Отмечен потенцируемый эффект курсов лечения, стойкие функциональные результаты. 3. Данное лечение не имеет противопоказаний и побочных действий, совместимо с традиционными способами лечения, за исключением аллергий на лидокаин.

Новые технологии в ранней диагностике глаукомы.

Курышева Н.И., Трубилин В.Н., Иртегова Е.Ю., Арджевнишвили Т.Д., Киселева Т.Н., Фомин А.В.

ФГБОУ ИПК ФМБА России, *ФГБУ МНИИ ГБ им.Гельмгольца Минздрав соц. развития России, г. Москва

Актуальность проблемы: глаукомная оптико-нейропатия (ГОН) является нейродегенеративным заболеванием, ранняя диагностика которого позволит существенно отсрочить тяжелые клинические проявления ГОН. На сегодня для этого используется стандартная автоматизированная периметрия (САП), что затрудняет выявлять заболевание на препериметрической стадии.

Полагают, что в развитии заболевания важную роль играет снижение регионарной гемодинамики и хориоидальной гемоперфузии ганглиозных клеток сетчатки (ГКС), слоя ее нервных волокон (СНВС) и диска зрительного нерва. В этой связи выявление дефектов указанных структур и снижение их кровоснабжения является важной задачей в ранней диагностике ГОН. Цель: сравнительное исследование регионарной гемодинамики, хориоидеи и морфометрических параметров ГКС и СНВС у больных в препериметрическую и периметрическую стадии глаукомы.

Материалы и методы: Обследовано 74 пациента (59 глаз с препериметрической стадией ПОУГ и 62 глаза с периметрической) в возрасте 56,5±10,5 лет. Контрольную группу составили 22 соматически здоровых лиц без офтальмопатологии аналогичного возраста и размера передне-задней оси глаза. Наряду с обычным офтальмологическим обследованием, проводили измерение и перфузионного АД (ПД). Методом ОКТ (RTVue-100 (Optovue, Inc., Fremont, CA) измеряли толщину хориоидеи (ТХ), комплекса ганглиозных клеток сетчатки (GCC) и СНВС, а также исследовали показатели глобальной (GLV) и фокальной (FLV) потерь ГКС. Регионарный глазной кровоток измеряли методом ЦДК (VOLUSON 730 ProSystem). Анализу подвергнуты корреляционные связи между параметрами регионарного кровотока, перфузионного давления, толщины хориоидеи, СНВС и показателями GCC в сравниваемых группах больных глаукомой и в контроле.

Результаты Выявлено достоверное увеличение FLV и снижение средней скорости кровотока в центральной вене сетчатки (ЦВС) и вортикозных венах (ВВ) в препериметрическую стадию по сравнению с контролем: 1,54±0,75% и 0,49±0,25% (p=0,005); 4,68±1,03 см/сек и 5,58±0,92 см/сек (p=0,03); 3,99±1,03 см/сек и 5,24±1,29 см/сек (p=0,003), соответственно для FLV, ЦВС и ВВ. Межгруппового различия в показателях регионарного кровотока глаза при глаукоме выявлено не было, за исключением индекса резистентности в ЦВС, который был выше в периметрическую стадию (0,48 ± 0,23) по сравнению с препериметрической (0,38 ± 0,16, p=0,003), а также снижения ТХ в фовеолярной (ТХф) и перепапиллярной (ТХп) зонах в периметрическую стадию глаукомы по сравнению с препериметрической стадией и контролем: 242,2±70,2 мкмб 279,0±96,87 мкм (p=0,04) и 312,6±27,1 мкм и 120,5±58,12 мкм, 147,4±65,28 мкм (p=0,017) и 156,4±51,22 мкм, соответственно для ТХф и ТХп.

Достоверное отличие ТХ при глаукоме от контроля наблюдалось только в периметрическую стадию (p=0,03). В препериметрическую стадию, в отличие от контроля, ТХф коррелировала с толщиной СНВС (r=0,47, p=0,001) и GLV (r=-0,34, p=0,003), а показатель GCC коррелировал с перфузионным давлением (r=0,4, p=0,004) и скоростью кровотока в ЦВС (r=0,38, p=0,004).

Заключение: полученные данные выявили отличие больных в препериметрическую стадию от здоровых лиц по показателям регионарного венозного кровотока и параметрам комплекса ГКС, а также наличию корреляций между ТХ и перфузионным давлением с одной стороны, и морфометрическими параметрами сетчатки, с другой. Следовательно, исследование гемодинамики глаза, толщины хориоидеи и комплекса ГКС могут быть новыми предикторами развития ГОН.

Результаты допплерографии сосудов глаза и цитокиновый статус при пигментном ретините у взрослых.

Мамедзаде А.Н., Касимов Э.М., Меджидова С.Р.

Национальный офтальмологический центр им.акад. Зарифы Алиевой, Баку

Цель – определить гемодинамические параметры в сосудах заднего отрезка глаза и уровень цитокинов у взрослых пациентов с типичной (секторальной) формой пигментного ретинита. Материалы и методы. Было обследовано 35 (70 глаз) больных с типичной (секторальной) формой пигментного ретинита в возрасте от 45 до 64 лет. Среди них 14 пациентов были лица женского пола, 21 – мужского пола. Офтальмологические методы исследования: визометрия, рефрактометрия, тонометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия глазного дна, электроретинограмма. Допплерографические исследования проводили

с целью изучения состояния гемодинамики в сосудах глаза и ретробульбарного пространства для оценки кровоснабжения заднего отдела глазного яблока.

Исследовались глазная артерия (ГА), центральная артерия сетчатки (ЦАС) и задние короткие цилиарные артерии (ЗКЦА). В этих сосудах определялись скоростные параметры Vmax (максимальная систолическая скорость кровотока), Vmin (конечная диастолическая скорость кровотока) и индекс резистентности IR. Контрольную группу составили 50 практически здоровых людей в возрасте 45-67 лет для определения нормативных гемодинамических показателей. Иммунологические исследования заключались в определении уровня цитокинов (фактора некроза опухолей – альфа (TNF-a) и интерлейкина -1 – бета (IL-1b)) в сыворотке крови (СК) и слезной жидкости (СЖ). Содержание цитокинов исследовали иммуноферментным методом. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Excel-2007. Достоверность полученных результатов оценивали с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Исследование гемодинамики глаза по данным ультразвуковой допплерографии выявило изменения показателей кровотока у всех исследуемых пациентов. В ГА Vmax составил в среднем 34,88±1,64 см/сек (норма 36,19±0,67), Vmin - в среднем 10,9 ±1,3 см/сек (норма 9,52 ±0,32), а RI – 0,69±0,03 (p<0,01) – норма 0,73 ± 0,01. В ЦАС показатель Vmax был снижен статистически достоверно с p< 0,01 до 9,25±1,2 см/сек (норма 14,40 ± 0,27), среднее значение Vmin было равно 3,29±0,32 см/сек (p<0,05) – норма 4,22 ± 0,12. RI соответствовал в среднем 0,64±0,04 (p<0,05) – норма 0,70 ± 0,02. В ЗКЦА также было выявлено статистически достоверное снижение Vmax до 7,38±0,31 см/сек с p< 0,01 (норма 9,84 ± 0,24), Vmin до 3,24±0,53 см/сек с p< 0,05 (норма 3,96±0,16) и RI до 0,56±0,02 с p< 0,05 (норма 0,6±0,02). Как показал анализ результатов, значительные гемодинамические нарушения, выражавшиеся в снижении скоростных показателей и индекса резистентности, выявлены в ЦАС и ЗКЦА.

Наблюдающееся снижение скоростных параметров в ГА статистически недостоверное. В результате иммунологических исследований цитокинового статуса было установлено повышение уровня TNF-a выше нормы в СК лишь у 3-ех больных (8,6%) в различных группах обследуемых пациентов, в то время как в СЖ данный показатель превышал контрольный уровень у 20 (57,1%). Уровень IL-1b не различался статистически значимо от контрольных показателей как в СК, так и в СЖ всех обследуемых пациентов.

Значительное нарушение гемодинамических параметров в ЦАС и ЗКЦА указывает на сниженное кровообращение наружных и внутренних слоев сетчатки и хориоидеи при пигментном ретините. А изменение цитокинового статуса может подтверждать наличие гипоксии и ишемических процессов в оболочках глаза.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об определённой роли сосудистого фактора в течении дистрофического процесса и о необходимости целевого продолжения проводимых исследований.

Ошибки в диагностике эндокринной офтальмопатии

Пантелеева О.Г., Саакян С.В.

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

На протяжении многих десятилетий диагноз эндокринной офтальмопатии (ЭОП) основывался только на клиническом осмотре пациентов. В настоящее время в обязательный алгоритм обследования офтальмолога наряду с рутинными, включены обязательные инструментальные методы – компьютерная периметрия и компьютерная томография (КТ) орбит. Диагноз ЭОП ставится на совокупности характерных клинико-инструментальных симптомов и данных анамнеза. В большинстве случаев диагностика ЭОП не вызывает затруднения. Но существуют «диагностические ловушки», требующие тщательного клинического анализа. К ним относят: одностороннее поражение, наличие нейропатии без очевидного экзофтальма. Вместе с тем, и двусторонний экзофтальм может стать «диагностической ловушкой» при ряде заболеваний (лимфома, гранулематоз Вегенера и др). В качестве примера приводим историю болезни пациента З., 47 лет. Экзофтальм и гиперемию конъюнктивы отметил 8 лет назад, в течение следующего года - резкое увеличение экзофтальма, больше слева. Направлен к эндокринологу – эутиреоз, ЭОП. Без обследования офтальмолога и проведения КТ

орбит больному проводят курс рентгенотерапии орбит (СОД=10 Гр) с одновременным внутривенным, затем пероральным введением преднизолона (исходная доза 80 мг преднизолона) без положительного эффекта. Далее никакого лечения не проводили. Около 3 лет назад появились рецидивирующие трофические кератиты на OS в связи с неполным смыканием глазной щели. По поводу кератита неоднократно проводили консервативное местное лечение с непродолжительным эффектом в связи с чем больной направлен в Институт. На момент обследования у больного жалобы на диплопию, ухудшение зрения на OS, двусторонний экзофтальм. Гормональный статус в норме. В клинической картине – асимметрия выстояния глаз на 4 мм, ширины глазной щели (OD=9 мм, OS=13мм), ограничение подвижности глаз, затруднение репозиции, гиперемия конъюнктивы OU, слева – помутнение роговицы в парацентральной зоне. На серии КТ орбит – в левой орбите выявлена +-ткань, прилежащая к зрительному нерву, оболочки которого утолщены, увеличение размера мышц в обеих орбитах. Выполнена орбитотомия, патогистологическое заключение – В-клеточная лимфома орбиты с вовлечением экстраокулярных мышц. Заключение. При подозрении на ЭОП необходимо проведение клинического обследования офтальмолога и эндокринолога, включая КТ орбит, которая позволит не только определить особенности течения ЭОП, но и провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями орбиты, в т.ч. опухолями.

Комбинированное хирургическое лечение оптической нейропатии при эндокринной офтальмопатии.

Пантелеева О.Г., Сирмайс О.С.
Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Развитие оптической нейропатии (ОН) при эндокринной офтальмопатии (ЭОП) – коварное состояние, которое постепенно приводит к безвозвратной потери зрения. По данным разных мультицентровых исследований, ОН развивается практически у 75 – 80% больных ЭОП (Prummel M.F, et al., 2003; McKeag D. et al., 2007). В настоящее время убедительно доказано, что существует 2 механизма развития ОН: ишемия, а затем компрессия зрительного нерва (ЗН) (Пантелеева О.Г., 2007). Одновременно считают, что декомпрессия орбиты (ДО) способствует быстрому разрешению ОН, но декомпрессия орбиты по ургентным показаниям как метод лечения первого выбора не обладает преимуществом по сравнению с пульс-терапией глюкокортикоидами и не позволяет избежать последующего их назначения.

Декомпрессия орбиты эффективна при липогенном варианте течения ЭОП, однако при значительном увеличении экстраокулярных мышц эффективность операции недостаточна. Цель исследования – разработать новый эффективный метод профилактики слепоты у больных ЭОП. Метод исследования: 3 больных ЭОП в возрасте 29, 44, 59 лет. Острота зрения на «худшем» глазу составляла движение руки эксцентрично, 0,01 и 0,05, офтальмоскопически – картина отека ДЗН. Положение худшего глаза ротировано в сторону наиболее увеличенной мышцы. Из-за низкого зрения проведение компьютерной периметрии (КП) невозможно.

Для оценки кровотока в сосудах глазного яблока и ретробульбарного пространства применяли цветовое допплеровское картирование (ЦДК) и энергетическое картирование (ЭК) при помощи многофункционального ультразвукового диагностического прибора VOLUSON 730 Pro фирмы «Kretz» с использованием линейного датчика с частотой от 10 до 16 МГц. Компьютерную томографию (КТ) орбит проводили по общепринятой методике в аксиальной и фронтальной проекции, оценивали состояние ретробульбарного пространства, толщину экстраокулярных мышц (ЭОМ) и их плотность. Все больные получали комплексное лечение, включая пульс-терапию метипредом, сосудорасширяющие препараты, нейротрофическую терапию. Ежедневно проводили визометрию, экзофтальмометрию и др. обследования. Результаты. На фоне проводимого лечения (системное введение глюкокортикоидов) отмечено уменьшение отеков периорбитальных тканей, незначительное увеличение подвижности «худшего» глаза, исчезновение гиперемии и отека конъюнктивы, однако острота зрения не улучшалась.

При пересмотре серии КТ орбит отмечено увеличение всех ЭОМ, но в 2-х наблюдениях значительно – нижняя прямая мышца, в одном – внутренняя. При проведении УЗДГ – снижение конечной диастолической скорости в артериях и увеличение периферического сопротивления сосудистой стенки по сравнению с нормой. В связи с угрозой поте-

ри зрения во всех 3-х наблюдениях на фоне проведения пульс-терапии метипредом выполнена внутренняя декомпрессия орбит с одномоментной транспозицией наиболее увеличенной мышцы. После снятия повязки (на 3 сутки) отмечено улучшение остроты зрения (от дв. руки до 0,3, от сотых до 0,5 и 0,6), положение глаза в орбите правильное, подвижность глаза полная.

При проведении КП на оперированном глазу – снижение световой чувствительности, относительные скотомы. При повторной УЗДГ – нормализация скоростных показателей. Длительность наблюдения составляет 3 мес., 16 мес. и 22 мес. – во всех наблюдениях отмечено стабильное улучшение остроты зрения. Заключение. Только декомпрессия орбиты (на фоне проводимой терапии) как операции отчаяния для уменьшения компрессии зрительного нерва не всегда оказывается эффективной для улучшения остроты зрения. Одномоментная декомпрессия орбиты и транспозиция более эффективна для восстановления и поддержания зрительных функций у больных ЭОП.

К стресс-лимитирующему воздействию оптимизации анестезиологического пособия как результату междисциплинарного взаимодействия в онкоофтальмохирургии

Прокопьев М.А., Зенин А.А., Ивашкина Е.В., Зайцев А.Л.

Республиканская офтальмологическая клиническая больница, Ижевск

Цель исследования: познакомить с методикой анестезий при офтальмоонкологических операциях и показать эффективность регионарных методов анестезии. Материалы и методы. В последние годы отмечено увеличение частоты опухолей органа зрения. В среднем заболеваемость составляет 11— 12 человек на 100 000 населения (А. Ф. Бровкина 2002).

В нашей клинике прооперировано за последние годы 276 больных; из них в 2011году – 114, в 2012 году – 78, в 2013 году – 84 больных. В основной массе это доброкачественные и злокачественные опухоли кожи век и конъюнктивы и несколько случаев внутриглазных и орбитальных опухолей . Выбор метода обезболивания - серьезная проблема в офтальмоонкологической хирургии. У детей, как правило, используется внутривенный наркоз с использованием внутривенных анестетиков: кетамина, дормикума, пропофола - в комбинации с фентанилом в весовых дозировках. У взрослых больных при опухолях кожи век, конъюнктивы и роговицы обычно используется местная анестезия.

В более сложных случаях проводится регионарная анестезия, хотя в связи с развитием анестезиологической техники ряд авторов считает, что крылонёбная блокада теряет свою актуальность (1). Регионарная анестезия является высокоэффективным методом защиты организма от хирургической травмы, выгодна с экономических позиций, оптимальна при значительных потоках больных и повышенной нагрузке на медицинский персонал. Но при данных операциях упор делается на минимизацию анестезиологического и хирургического риска, поскольку эти пациенты, в основном, пожилого и старческого возраста с субкомпенсированной сопутствующей патологией и риск анестезии зачастую превышает риск операционного вмешательства (что особенно важно при субкомпенсированных состояниях). Регионарная анестезия сохраняет функции центральных регуляторных механизмов.

В силу анатомических особенностей регионарная анестезия позволяет обеспечить максимальную "денервацию" орбитальной анатомической области, т.к. чувствительные нервные волокна, иннервирующие область орбиты, начинаются от тройничного узла (gangl. trigeminale). Блокада крылонёбного ганглия обеспечивает денервацию нервных структур, имеющих отношение к глазу, орбите, параорбитальной клетчатке. Существует несколько методик крылонёбной блокады с разными способами доступа. В своей работе мы пользуемся вариантом методики крылонебно - орбитальной блокады (КОБ), основанном на предложенном в МНТК «Микрохирургия глаза» (2). При этом достигается нужная глубина аналгезии и акинезии, необходимые для выполнения энуклеации и экзентерации орбиты, что подразумевает адекватную психокоррекцию.

Она выполняется управляемой седацией дипривaном, дормикумом в рекомендуемых дозировках и, при необходимости, в сочетании с наркотическими анальгетиками. По показаниям седацию используем и при операциях, проводимых под местной анестезией. Что касается выбора местного анестетика, то здесь необходимо сочетание управляемости, предсказуемости эффекта и высокой безопасности.

В качестве препарата выбора предпочтение отдаем 1 % ропивакаину, который является эффективным и безопасным местным анестетиком с относительно коротким латентным периодом и значительной продолжительностью действия. Использование ропивакаина в виде 1% раствора (всего 80-100 мг) помимо обеспечения выраженного анальгетического эффекта обеспечивает адекватную послеоперационную гипоальгезию, позволяющую отказаться от наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде. Заключение. Одним из важнейших компонентов современной анестезиологии является адекватная защита больного от операционного стресса.

Применяемые методики показали свою безопасность и эффективность при применении современных анестетиков, позволяют расширить показания безопасного выполнения крылонебной блокады с учетом того, что риск анестезии у офтальмологических пациентов, как правило, превышает риск операции.

Опыт применения интравитреальной химиотерапии при комбинированом лечении ретинобластомы

Саакян С.В., Иванова О.А.

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Опыт применения интравитреальной химиотерапии в составе комбинированого лечения ретинобластомы . Саакян С.В., Иванова О.А., Тацков Р.А. ФГБУ МНИИ ГБ им. Гельмгольца Цель: оценить эффективность интравитреальной химиотерапии (ИВХТ) в комбинированном лечении ретинобластомы с эндофитным характером роста. Материал и методы: За 2013 год на базе нашего института проведено 22 процедуры ИВХТ 10 детям с ретинобластомой групп D и E. Средний возраст составил 27 мес ±12 мес. ИВХТ проводилось детям от 1 до 3 инъекций в зависимости от реакции на проведенное лечение. Процедуру проводили на фоне системной ХТ, в 2 случаях совместно с брахитерапией, в 1 случае совместно с ТТТ, в 4 случаях после брахитерапии.

Результаты: во всех случаях отмечена положительная динамика в виде частичной или полной регрессии опухолевых отсевов в стекловидное тело, выявлено уменьшение объема диссеминации опухолевых очагов по сетчатке. На фоне проведения системной полихимиотерапии эффект оставался стойким, при невозможности проведения системной ХТ положительный эффект имел временный характер, что потребовало проведение повторной ИВХТ или локальных методов лечения.

После проведения процедуры в 2 случаях отмечено кратковременное снижение зрения, связанное с отеком сетчатки и ДЗН, и тромбозом ЦВС, проходящее после инстиляций противовоспалительных препаратов и дегидратационной терапии. В 2 случаях увеличилось имеющееся преретинальное кровоизлияние.

Во всех случаях на глазном дне выявлены хориоретинальные дистрофические изменения, не влияющие на функции сетчатки. Выводы: Несмотря на выявленные побочные эффекты, ИВХТ является ценным методом лечения запущенных форм ретинобластомы с эндофитным характером роста и массивной диссеменацией опухолевых клеток по сетчатке, в составе комбинированного лечения ретинобластомы групп D и E.

Особенности эндорезекции увеальной меланомы после проведенной радиохирургии на аппарате гамма-нож (Leksell Gamma Knife)

Синявский О.А., Трояновский Р.Л., Иванов П.И., Головин А.С., Тибилов А.В., Солонина С.Н., . Плугарь И.В., Ильющенков В.Г., Астапенко А.М.

Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург

Цель и задачи. Достижения последних десятилетий в области стереотаксической радиохирургии и витреоретинальной хирургии поставили вопрос об использовании не просто органосохраняющих методов лечения больших и средних увеальных меланом (УМ), но и, одновременно, о максимальном сохранении зрительных функций.

При этом эндорезекция (ЭР) больших меланом является сложной процедурой. В работе проводится анализ технических особенностей операции для достижения оптимального результата лечения. Материалы и методы. ЭР УМ после воздействия гамма-ножом была выполнена у 8 больных (7 женщин и 1 мужчина) в возрасте от 28 до 79 лет (средний возраст 52 года). Большие УМ (в среднем 9,3*13,3

мм) с выраженной экссудативной отслойкой сетчатки выявлены у 6 пациентов, средние (4,0*10,2 мм) – у двух женщин.

Период наблюдения от 3 до 14 месяцев. Острота зрения до операции составляла в среднем 0,3 (от 0,01 до 0,95). ЭР УМ была выполнена через 3 -15 дней (в среднем через 7 дней) после воздействия гамма-ножа. Доза облучения по краю опухоли была от 35 Гр до 40 Гр, в изоцентрах от 70 до 80 Гр. Перед или одновременно с ЭР производили факоэмульсификацию катаракты. Основу ЭР составляла бесшовная витрэктомия (ВЭ) 23 и 25 G, которая выполнялась по определенным правилам и отличалась радикальностью с инициированием задней отслойки стекловидного тела (ЗОСТ отсутствовала в 7 случаях из 8) и максимально возможным удалением витреума, в том числе базального. Только после тотальной ВЭ переходили к следующему этапу – локальной ретинотомии с морфологическим исследованием новообразования. ЭР опухоли выполняли после удаления сетчатки с ее поверхности. Наиболее эффективным оказался бимануальный метод с эдодиатермией и витреотомом 23 G. Ткани опухоли в большинстве случаев удаляли до склеры. Расправления сетчатки добивались при замене ирригационного раствора на воздух с последующей лазерной ретинопексией по краям ретинэктомии и по периферии сетчатки. В 7 случаях операцию заканчивали силиконовой тампонадой стекловидной камеры, в одном – газовоздушной.

Для борьбы с кровотечением в ходе операции применяли эндодиатермию, транзиторное повышение внутриглазного давления, лазерную карбонизацию, внутривенное введение транексамовой кислоты. Результаты. У 5 больных было достигнуто радикальное удаление новообразования до склеры, у трех из-за сильного кровотечения оставляли основание девитализированной опухоли высотой до 1 мм. В зоне основания всегда производили лазерную карбонизацию тканей на воздухе с контролем за остановкой кровотечения.

Во всех случаях в конце операции добивались полного расправлением сетчатки с хорошим визуальным контролем за зоной опухоли после операции и повышением остроты зрения в среднем с 0,3 до 0,45. Ни в одном случае не наблюдали признаков продолженного роста, токсического опухолевого синдрома или возникновения вторичной глаукомы. Более длительная экспозиция после радиохирургии приводила к уменьшению плотности опухоли, особенно основания, и облегчала ее удаление. В трех случаях через несколько месяцев после операции возникла отслойка сетчатки, что потребовало дополнительных вмешательств (пломбирование и лазеркоагуляция).

Результаты гистологического исследования: эпителиоидно-клеточная меланома в 4 случаях, веретено-клеточная – в трех, некротическая – в одном.

Выводы. ЭР средних и больших меланом по описанной выше методике после радиохирургии позволяет сохранить не только глаз, но и зрительные функции. Определяющими факторами успешной операции являются радикальная ВЭ с заменой хрусталика, полное удаление опухоли с адекватной ретинэктомией, периферическая лазеркоагуляция, силиконовая тампонада стекловидной камеры, эффективная борьба с кровотечением во время операции.

К большим преимуществам метода относится сохранение визуального контроля за зоной удаленной опухоли. Многолетний опыт зарубежных коллег (N. Bornfeld и др.) подтверждает эффективность данного подхода. Важным остается вопрос о сроках хирургического вмешательства после девитализации опухоли – тенденция к его увеличению оказывается полезной.

О результатах программного лечения ретинобластомы высокого риска

Ушакова Т.Л., Долгополов И.С., Глеков И.В., Горовцова О.В., Менткевич Г.Л., Поляков В.Г.

Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра детской онкологии, Москва

Ограниченное количество исследований, посвященных лечению распространенной и метастатической форм ретинобластомы (РБ), не позволяет сделать однозначных выводов об эффективности терапии для самой неблагоприятной группы больных.

Цель: Оценить эффективность лечения РБ высокого риска при обязательном применении на этапе консолидации высокодозной химиотерапии (ВДХТ) с аутотрансплантацией периферических стволовых

клеток крови (ПСКК). Материал и методы: В период с 2001 по 2012 гг. 15 детей получили программную терапию для РБ высокого риска. Микроскопически, после энуклеации (стадия II), экстраокулярный рост РБ определялся в 8 случаях. Изолированное вовлечение мягких тканей орбиты после энуклеации или с ростом опухоли за глаз отмечено у 4 детей (стадия IIIa). Опухоль в орбите, которая сочетается с метастазами в лимфатических узлах шеи, зарегистрирована у одного ребёнка (стадия IIIb). Генерализованная РБ с гематогенным метастазированием в костях и костном мозге выявлена у одного больного (стадия IVa2). Сочетанное опухолевое поражение лимфатических узлов и прехиазмальное распространение опухоли по зрительному нерву (IVb1) диагностировано у одного ребёнка.

Результаты: Высокая гематологическая токсичность (3 – 4 степень) возникла у всех больных. Один пациент со стадией IIIa погиб без признаков основного заболевания после ВДХТ от сепсиса, вызванного Klebsiella pneumonia. Метастазирование стало основной причиной смерти для 5 пациентов. У троих пациентов возникло лептоменингеальное прогрессирование опухолевого процесса. Двое из трёх больных в этой группе имели стадию II, а последний - стадию IVb1.У ребёнка со стадией IVa2 зарегистрирован рецидив заболевания с метастазами в забрюшинные и нижне-ярёмные лимфатические узлы и левое яичко и у последнего, пятого ребека со стадией IIIa возникло метастазирование без уточнения локализации. Безрецидивная выживаемость во всей группе пациентов составила 64% со средним сроком наблюдения 8 лет, а бессобытийная выживаемость - 60% со средним периодом наблюдения 7,5 лет. Заключение: Наиболее бесперспективной остается генерализованная РБ. Созданная программа терапии РБ высокого риска стала эффективной для пациентов с микроскопической резидуальной болезнью, а также с опухолевым поражением орбиты и регионарных лимфатических узлов.

Витрэктомия при нераспознанной ретинобластоме у детей

Ушакова Т.Л., Яровой А.А., Саакян С.В., Горовцова О.В., Кривовяз О.С., Поляков В.Г.

Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Межотраслевой научно-технический комплекс "Микро", Москва

Цели и задачи:Разработать оптимальную тактику ведения пациентов, подвергшихся витрэктомии (ВЭ) при нераспознанной РБ. Материалы и методы: В период с 2001 по 2013 гг. у 24 детей зарегистрирована РБ высокого риска. В 11 случаях экстраокулярный рост определялся микроскопически после энуклеации (стадия II). Изолированное вовлечение мягких тканей орбиты после энуклеации или с ростом опухоли за глаз отмечено у 6 детей (стадия IIIa), а опухоль в орбите в сочетании с метастазами в лимфатических узлах шеи – у 2 детей (стадия IIIb).

Рост РБ в орбите с дополнительным распространением на решетчатый лабиринт и гайморову пазуху с поражением скуловой кости выявлено у 1 ребёнка (стадия IVa2). Генерализованная РБ с ростом опухоли в орбите и метастазами в лимфатических узлах, костях и костном мозге выявлена у 2 детей, а в сочетании с перечисленным распространением и продолженным интракраниальным ростом опухоли из орбиты и мтс в печени у 1 ребёнка (стадия IVa2). Генерализованная РБ с поражением ЦНС выявлена у 2 детей, метастатическое поражение лимфатических узлов в 1 случае сочеталось с прехиазмальным распространением опухоли по зрительному нерву, а в другом ещё отмечено выявление опухолевого очага в лобной доле (IVb). Следует отметить, что 2 из 24 детей подверглись ВЭ до уточнения опухолевой природы заболевания, а именно РБ. В одном случае операция проведена по поводу фиброза стекловидного тела неясной этиологии, а во втором по причине диффузного гемофтальма с дифференциальным диагнозом: Субретинальное кровоизлияние? Центральный хориоретинит? Периферический увеит? При обращении в НИИ ДОГ, в ходе диагностики, у первого из двух выставлена стадия IIIa с ростом опухоли в орбите.

Длительность наблюдения после ВЭ и установления диагноза составил 5 мес. Ребёнок получил программу интенсивного химиотерапевтического лечения в объёме 4 курсов, экзентерации орбиты и дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) на орбиту. Второму пациенту выставлена генерализованная РБ с ростом опухоли в орбите и метастазами в лимфатических узлах, костях и костном мозге (стадия IVa2). Длительность наблюдения от первого вме-

шательства до обращения в нашу клинику составила 4 мес. Программное лечение ещё не закончено. Кроме этого, в двух случаях ВЭ проведена в связи с осложнениями после тупой травмы глаза. В первом случае операция проведена ребёнку с диагнозом: Рубеоз радужки, подвывих хрусталика. Помутнение стекловидного тела. Во втором случае - с диагнозом: Посттравматический гемофтальм с воронкообразной отслойкой сетчатки, рубеоз радужки, имбибиция кровью роговицы, полный вывих хрусталика, увеит. В обоих случаях опухоль выявлена в ходе операции. Больные были проконсультированы офтальмоонкологом интраоперационно. В первом случае принято решение о цитологическом исследовании выявленного субстрата и при подтверждении опухолевого процесса выполнена отсроченная энуклеация (через 3 дня после ВЭ). Во втором случае энуклеация глаза сделана немедленно после интраоперационного осмотра офтальмоонколога.

По результатам гистологического заключения в обоих случаях выявлены признаки среднего риска. В первом случае основным гистологическим критерием среднего риска стал ретроламинарный рост дифференцированной РБ, а во втором такие критерии, как недифференцированная РБ массивная инвазия хориоидеи, инвазия цилиарного тела, хрусталика и присутствие опухолевых клеток в передней камере. Оба пациента получили химиолучевое лечение, основным критерием для которого стала ВЭ, вне зависимости от гистологических критериев риска. Результаты: Трое из четырех живы со сроком наблюдения 7мес. (стадия I), 3года 6 мес. (стадия I), 5лет 4 мес. (стадия IIIa). Один больной не закончил лечение (стадия IVa2). Выводы: РБ может быть представлена не типично, например, с явлениями гемофтальма и воспаления. ВЭ следует избегать в случаях, пока полностью не исключена опухолевая природа заболевания. Если же ВЭ выполняется и неожиданно выявляется РБ, рекомендуется незамедлительная энуклеация с последующей химиотерапией в сочетании с ДЛТ орбиты, чтобы предотвратить системное распространение опухоли.

Низкоинтенсивное электромагнитное излучение миллиметрового диапазона в лечении больных с возрастной макулярной дегенерацией и первичной глаукомой

Федорищева Л.Е, Александрова Н.Н. Ерёменко К.Ю.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, Саратов

Одним из новых направлений клинической медицины является использование низкоинтенсивных электромагнитных (ЭМ) волн крайне высокой частоты (КВЧ) в терагерцовом диапазоне, охватывая частоты от 100 ГГц до 10 ТГц (в длинах волн – от 3 мм до 30мкм).

Это новое перспективное направление в физиотерапии было названо «терагерцовая (ТГЧ) терапия». В Саратовском государственном медицинском университете совместно с сотрудниками Саратовского филиала Российского Центрального научно-исследовательского института измерительной аппаратуры был разработан и внедрён в клиническую практику прибор «Орбита», предназначенный для терапии на частоте 129 ГГц, что соответствует спектральной линии поглощения кислорода.

Нами не найдено в литературе данных о применении в офтальмологической практике терагерцового (ЭМ) излучения и поглощения на данной частоте, что определило цель исследования: изучить влияние низкоинтенсивных ЭМ волн на частоте молекулярного спектра излучения и поглощения атмосферного кислорода 129,0 ГГц на общее состояние и гемодинамические параметры орбитальных артерий у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией и с первичной открытоугольной глаукомой. Материал и методы. Обследовано 18 практически здоровых лиц (36 глаз, контрольная группа), 40 пациентов (74 глаза) с возрастной макулярной дегенерацией (ВМД) и 21 пациент (42 глаза) с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Всем пациентам и лицам контрольной группы, кроме общепринятого офтальмологического обследования, проводилось: измерение артериального давления (А/Д), пульса (Ps); дуплексное цветовое допплеровское картирование центральной артерии сетчатки (ЦАС), глазной (ГА), задних коротких цилиарных артерий (ЗКЦА) на аппарате Voluson 730 Pro, GE с помощью датчика SP 6-12. Определяли систолическую скорость кровотока (ССК), диастолическую скорость кровотока (ДСК) и индекс резистентности (RI) в указанных сосудах. С помощью переносного медицинского аппарата «Орбита» (Саратов) всем обследованным лицам основной и контрольной групп проведено ЭМ воздействие в терагерцовом диапазоне на кожу в двух биологически активных

точках (БАТ) по 5 минут в каждой, на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц при мощности 100 мкВт в режиме непрерывной генерации. Точки приложения были следующие: первая-на 2,5 см от середины нижнего края орбиты; вторая- на 1,25 см кнаружи от латерального угла глаза, в углублении.

После чего повторяли измерения А/Д , Ps, а также исследование кровотока в орбитальных артериях. Во время лечения и после него ни один из обследованных не предъявлял жалоб на ухудшение общего состояния или какой-либо дискомфорт в местах БАТ. Результаты. После проведения терагерцовой терапии у всех пациентов основной группы отмечено достоверное снижение систолического и диастолического компонентов А/Д (при ВМД на 45,55 и 9,56 мм рт.ст; при ПОУГ на 24,6 и 8,12 мм рт.ст), снижение частоты Ps (на 6,15 и 5,6 ударов в мин). У пациентов с ВМД и ПОУГ отмечено достоверное (при $p<0,05$) повышение гемодинамических показателей: в ЦАС на 2,89±1,24 см/с; в ГА на 5,97±1,24см/с. В ЗКЦА заметного улучшения мы не наблюдали.

Таким образом, проведение терагерцовой терапии на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц у больных с ВМД и ПОУГ, возможно, может способствовать снижению хронической ишемии и гипоксии сетчатки и зрительного нерва. Исследования продолжаются.

Выводы. 1 Низкоинтенсивное ЭМ излучение на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц является безопасным, безболезненным, неинвазивным методом. 2.Терагерцовая терапия с помощью переносного медицинского аппарата «Орбита» (Саратов) способствует улучшению сердечно-сосудистой системы (понижает А/Д, урежает частоту Ps). 3.Применение низкоинтенсивного ЭМ излучения на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц способствует достоверному повышению кровотока в сосудах заднего сегмента глазного яблока.

О частоте проведения хирургических вмешательств после удаления опухолей иридоцилиарной зоны

Яровой А.А., Заробелова О.Н., Голубева О.В., Кривовяз О.С., Кроткова О.С.

Межотраслевой научно-технический комплекс "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н.Федорова", Москва

Основным методом лечения внутриглазных опухолей переднего отрезка является иридоциклэктомия. При выполнении этой операции возможны интраоперационные осложнения: помутнение хрусталика, выпадение стекловидного тела с развитием ПВР, кровоизлияния в полость стекловидного тела, повреждение сетчатки с её отслойкой; послеоперационные осложнения: ускоренное развитие катаракты, вторичная глаукома, воспалительные реакции, послеоперационный астигматизм.

Цель – оценить частоту проведения необходимых вмешательств после хирургического удаления опухолей иридоцилиарной зоны.

Материалы и методы. В МНТК «Микрохирургия глаза», г.Москва, за период с 2003г по 2013г хирургическое удаление опухоли иридоцилиарной зоны выполнено 79 пациентам; из них опухоли радужки и цилиарного тела были у 56 пациентов, опухоли радужки, цилиарного тела и хориоидеи у 23 пациентов.

Доступным наблюдению оказался 71 пациент. Средний возраст пациентов перед операцией составил 51,3 г. Размеры опухолей радужки и цилиарного тела – от 30° до 150°, с блокадой УПК различной степени. Высота новообразований цилиарного тела и хориоидеи – до 7,3мм, максимально периферический край новообразования находился в 12,4мм от лимба. Большая часть новообразований локализовалась в нижней половине глазного яблока – 72%: в нижнем – 19%, в нижне-внутреннем – 24% и в нижне-наружном секторе – 29%. У 67 пациентов имелись локальные помутнения в хрусталике в соответствующем секторе; у 11 пациентов диагностирована полная осложненная катаракта; у 1 пациента – афакия. Состояние зрительных функций до лечения: светоощущение-0,1 – 12 пациентов, 0,1-0,4 – 14, от 0,4 и выше – 53. Сочетать основную операцию с экстракцией катаракты (ЭК) потребовалось в 7 случаях, в 6 из них с имплантацией ИОЛ, в 1 случае выполнена комбинированная операция с имплантацией искусственной радужки, в 1 случае афакии – одновременно имплантировали – ИОЛ. В течение первых 3 мес после операции ЭК+ИОЛ выполнена у 5 пациентов; в период от 3 до 6 мес – 2 пациентам; в период от 6 до 12 мес – 5 пациентам, после 1 г – 6 пациентам. Одному пациенту выполнена отсроченная имплантация ИОЛ. Экранировать послеоперационную колобому радужки удалось в 3 случаях: в сроки 2, 10 и 47 мес выполнена ФАКО+ИОЛ+искусственная радужка.

С целью коррекции послеоперационного астигматизма 3-м пациентам выполнена операция LASIK через 25, 26 и 29 мес после удаления опухоли с прогнозируемой остаточной миопической коррекцией от sph -0,5 D до sph -1,0 D. Средний срок наблюдения – 2 г 6 мес. От 3 мес до 1 г – 23 пациента, от 1 г до 3 лет – 27 пациентов; от 3-х до 5 лет – 12 пациентов; от 5 до 10 лет – 9 пациентов. Результаты и обсуждение. Гистологически диагностированы следующие опухоли: меланома веретеноклеточного и эпителиодного типа – 45, лейомиома – 21, аденома пигментного эпителия – 3, киста – 4, эпителиома – 2, миоэпителиальная опухоль – 1, медуллоэпителиома злокачественная – 1, медуллоэпителиома эмбриональная – 1, меланоцитома – 1. Витреоретинальные осложнения, потребовавшие хирургического вмешательства, возникли у 4 пациентов (6%) с цилиохориоидальной локализацией опухоли: гемофтальм (n=1), тракционная отслойка сетчатки (n=2), прогрессирующее развитие ПВР, проявлявшейся плоской отслойкой сетчатки и гипотонией (n=2). При этом максимально задний край новообразования находился в 8,3мм, 10,5мм, 12мм, 12,4мм от лимба; протяженность составила 80°, 85°, 135° и 150°; высота опухолей – 4,4мм, 5,3мм, 6мм и 7,3мм. У одной пациентки через 2,5 недели после удаления опухоли проведена СТВ. После операции острота зрения с коррекцией составила 1,0. 3-м пациенткам в течение 1 мес выполнена ФАКО+ИОЛ: у одной одновременно с СТВ и ЭЛК.

Второй пациентке с разрывом в 1 неделю – СТВ+ЭЛК+силикон (vis 0,04 н/к – до операции 0,06 н/к – исход ВМД 2 г. назад). Третьей через 3 мес после удаления опухоли выполнена СТВ+ЭЛК+силикон, через 6 мес – повторная СТВ+ЭЛК+замена силикон на силикон. У всех 4 пациентов достигнут высокий функциональный результат. Острота зрения после лечения: у 18 пациентов не превышала 0,1; у 13 – от 0,1 до 0,4; у 40 – от 0,5 до 1,0.

Выводы. После удаления опухолей переднего отрезка глаза количество осложнений, требующих хирургического вмешательства, невелико. Однако возможность своевременно справиться с осложнениями в условиях многопрофильной офтальмологической клиники значительно повышает клинико-функциональные результаты операций по удалению внутриглазной опухоли иридоцилиарной зоны.

Отсроченная реконструкция деформаций в параорбитальной области после комбинированного лечения по поводу опухоли

Гущина М.Б., Егорова Э.В.

Межотраслевой научно-технический комплекс Микрохирургия глаза им. акад. С.Н.Федорова, Москва

Цель: Разработка метода и оценка результатов хирургического лечения пациентов с деформациями в параорбитальной области, возникшими после комбинированного лечения по поводу опухоли.

Материал и методы: Настоящее исследование включает анализ 12 операций у пациентов с деформациями в возрасте от 38 до 69 лет (муж.- 5, жен.- 7), возникшими после комбинированного лечения: хирургического удаления опухоли с последующей лучевой терапией и ремиссией опухолевого процесса пределах от 2 до 6 лет.

При анализе клинических проявлений было установлено, что это особая группа патологии, при которой, вне зависимости от локализации дефекта (скуловая, височная область, переносица, боковая поверхность носа), характерным было наличие деформирующего втянутого рубца, плотно спаянного с надкостницей, к которому были подтянуты окружающие мягкие ткани и анатомические структуры, образующие веки и глазную щель, что сопровождалось их деформацией и выворотом, с сопутствующим не смыканием глазной щели и кератопатией. Окружающие рубец мягкие ткани отличались потерей эластичности, были хрупки и тугоподвижны, что сопровождалось функциональными нарушениями мимической мускулатуры, проявляющимися расстройством синхронности мимических движений. При всем многообразии клинических проявлений грубые косметические дефекты, независимо от пола и возраста, осложнялись состоянием психо-эмоционального дискомфорта разной степени выраженности у всех пациентов.

Хирургическое лечение включало иссечение рубцово-измененных мягких тканей, репозицию структур орбитальной области в анатомически-правильное положение, временную блефарорафию. При этом образовывался значительный дефект. Характер данной патологии требовал пластики перемещенными местными тканями (ротационным и скользящим лоскутами мышц, подкожной жировой клетчатки и кожи) и особых условий

обеспечивающих надежную фиксацию ригидных и тугоподвижных окружающих тканей.

Вынужденное значительное натяжение тканей в условиях сложного анатомо-топоргафического рельефа периорбитальной области на фоне функциональной активности мимической и жевательной мускулатуры при адаптации краев ран компенсировалось постепенной поэтапной фиксацией перемещенных лоскутов мягких тканей к плотным подлежащим структурам П-образными швами с использованием 6-гранных компрессионных пластин (КП) с многочисленными отверстиями, которые проводили через фиксируемые ткани, подлежащие стабильные анатомические структуры, затем оба конца нити проводились через отверстия компрессионной пластины и завязывались над ней. В зависимости от характера и площади дефекта использовалось от 3 до 25 КП.

Результаты: Предложенная технология фиксации мягких тканей с использованием КП при сложных повреждениях мягких тканей в параорбитальной области способствовало лучшей адаптации перемещенных лоскутов мягких тканей, позволило расправить и надежно фиксировать их в анатомически правильном положении на весь период заживления, без натяжения и смещения тканей, что особенно важно в условиях сложного рельефа параорбитальной области на фоне высокой функциональной активности мимической и жевательной мускулатуры.

При сроке наблюдения от 6 мес. до 3 лет во всех случаях была устранена деформация с формированием тонких деликатных рубцов и восстановлением синхронности мимических движений. Устранение деформаций век позволило восстановить их защитную функцию и стабилизировать зрительные функции. У всех пациентов была отмечена компенсация психо-эмоционального стресса за счет полученного положительного косметического эффекта.

Выводы: Разработанный метод хирургического лечения пациентов с деформациями в параорбитальной области, возникшими после комбинированного лечения по поводу опухоли, заключающийся в иссечении деформирующих спаянных с надкостницей рубцов, расправлении и репозиции тканей орбитальной области в анатомически-правильное положение с последующей пластикой дефектов при фиксации перемещенных тканей к окружающим и подлежащим структурам с использованием компрессионных пластин позволяет восстановить защитную функцию век, сохранить зрительные функции и обеспечить социально-психологическую реабилитацию пациента за счет устранения выраженного косметического дефекта и сопутствующего ему психо-эмоционального стресса.

Использование трансорбитального и трансантрального оперативных доступов при лечении больных с изолированными переломами нижней стенки глазницы

Рыбальченко Г.Н., Бельченко В.А., Баранюк И.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель. Анализ хирургических доступов, используемых при реконструкции нижней стенки глазницы.

Задачи. Оценить результаты оперативного вмешательства, проведенного пациенту с переломом дна глазницы и контрактурой глазного яблока, выявить недостатки примененной методики, потребовавшей выполнения повторной операции. Обозначить и проанализировать возможные пути устранения выявленных недостатков.

Материалы и методы. Особенности хирургических доступов для пластики дна глазницы были проанализированы на примере пациента с изолированным переломом нижней стенки глазницы и контрактурой глазного яблока. Жалобы при поступлении на боли и отечность в области левого глаза, двоение в глазах, ограничение подвижности левого глаза. Травма произошла сутки назад. Компьютерная томография показала изолированный перелом нижней стенки глазницы в ее передних и средних отделах, смещение костных отломков в верхнечелюстную пазуху, выраженное пролабирование параорбитальной клетчатки и ущемление нижней группы глазодвигательных мышц костными отломками.

Клинически определялась диплопия при взгляде во все стороны и ограничение движения левого глазного яблока вверх. Пациенту проведено оперативное вмешательство с использованием трансорбитального оперативного доступа. Из субтарзального разреза выполнена ревизия нижней стенки глазницы, визуализирована область перелома в

передней и средней третях. Отмечено выраженное пролабирование параорбитальной клетчатки в верхнечелюстную пазуху, а так же обнаружено место ущемления нижней косой и нижней прямой мышц глаза. Произведено извлечение параорбитальной клетчатки из верхнечелюстной пазухи, высвобождение глазодвигательных мышц, пластика дна глазницы титановым сетчатым имплантатом толщиной 0,3 мм, с фиксацией к нижнеглазничному краю двумя титановыми винтами и свободно уложенным на задние неповрежденные отделы нижней стенки глазницы.

Тракционный тест Конверса положительный. Результаты. В послеоперационном периоде, на 2-е сутки после операции, клинически у пациента отмечался выраженный отек левой параорбитальной области, сохранение ограничения подвижности глазного яблока вверх, явления диплопии. Пациенту выполнена контрольная компьютерная томография, при которой выявлено смещение задних отделов имплантата в просвет верхнечелюстной пазухи. За счет нарастающего отека параорбитальных тканей в 1-2-е сутки после операции, задние, ничем не фиксированные участки тонкой (0,3 мм) титановой пластины были продавлены в просвет верхнечелюстной пазухи. На 3-и сутки после первой операции пациенту проведено повторное оперативное вмешательство с использованием уже имеющегося субтарзального разреза и трансантрального оперативного доступа.

В ходе операции деформированная и смещенная в просвет верхнечелюстной пазухи титановая пластина была удалена. Выполнена пластика нижней стенки глазницы сетчатым имплантатом толщиной 0,5 мм, фиксированным трансантрально к передней и задней стенкам верхнечелюстной пазухи. При контрольном исследовании: целостность и анатомическая форма левой глазницы восстановлены, явления диплопии полностью устранены, подвижность глазного яблока восстановлена в полном объеме.

Выводы. Использование титановых имплантатов толщиной 0,3 мм для реконструкции нижней стенки глазницы, в острый период травмы нецелесообразно из-за их недостаточной жесткости. Многолетняя практика показывает, что оптимальной для титановой конструкции является толщина 0,5 мм. Подобные имплантаты обладают необходимой жесткостью, и не могут быть смещены отеком параорбитальных тканей. Использование комбинированного трансорбитально-трансантрального доступа, позволяет высвободить ущемленные в линии перелома параорбитальные ткани и произвести пластику нижней стенки глазницы.

Низкоинтенсивное электромагнитное излучение миллиметрового диапазона в лечении больных с возрастной макулярной дегенерацией и первичной глаукомой

Федорищева Л.Е, Александрова Н.Н. Ерёменко К.Ю.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, Саратов

Одним из новых направлений клинической медицины является использование низкоинтенсивных электромагнитных (ЭМ) волн крайне высокой частоты (КВЧ) в терагерцовом диапазоне, охватывая частоты от 100 ГГц до 10 ТГц (в длинах волн – от 3 мм до 30мкм). Это новое перспективное направление в физиотерапии было названо «терагерцовая (ТГЧ) терапия».

В Саратовском государственном медицинском университете совместно с сотрудниками Саратовского филиала Российского Центрального научно-исследовательского института измерительной аппаратуры был разработан и внедрён в клиническую практику прибор «Орбита», предназначенный для терапии на частоте 129 ГГц, что соответствует спектральной линии поглощения кислорода. Нами не найдено в литературе данных о применении в офтальмологической практике терагерцового (ЭМ) излучения и поглощения на данной частоте, что определило цель исследования: изучить влияние низкоинтенсивных ЭМ волн на частоте молекулярного спектра излучения и поглощения атмосферного кислорода 129,0 ГГц на общее состояние и гемодинамические параметры орбитальных артерий у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией и с первичной открытоугольной глаукомой.

Материал и методы. Обследовано 18 практически здоровых лиц (36 глаз, контрольная группа), 40 пациентов (74 глаза) с возрастной макулярной дегенерацией (ВМД) и 21 пациент (42 глаза) с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Всем пациентам и лицам контрольной группы, кроме общепринятого офтальмологического обследования, проводилось: измерение артериального давления (А/Д), пульса (Ps); дуплексное цветовое допплe-

ровское картирование центральной артерии сетчатки (ЦАС), глазной (ГА), задних коротких цилиарных артерий (ЗКЦА) на аппарате Voluson 730 Pro, GE с помощью датчика SP 6-12. Определяли систолическую скорость кровотока (ССК), диастолическую скорость кровотока (ДСК) и индекс резистентности (RI) в указанных сосудах. С помощью переносного медицинского аппарата «Орбита» (Саратов) всем обследованным лицам основной и контрольной групп проведено ЭМ воздействие в терагерцовом диапазоне на кожу в двух биологически активных точках (БАТ) по 5 минут в каждой, на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц при мощности 100 мкВт в режиме непрерывной генерации. Точки приложения были следующие: первая-на 2,5 см от середины нижнего края орбиты; вторая- на 1,25 см кнаружи от латерального угла глаза, в углублении. После чего повторяли измерения А/Д , Ps, а также исследование кровотока в орбитальных артериях. Во время лечения и после него ни один из обследованных не предъявлял жалоб на ухудшение общего состояния или какой-либо дискомфорт в местах БАТ.

Результаты. После проведения терагерцовой терапии у всех пациентов основной группы отмечено достоверное снижение систолического и диастолического компонентов А/Д (при ВМД на 45,55 и 9,56 мм рт.ст; при ПОУГ на 24,6 и 8,12 мм рт.ст), снижение частоты Ps (на 6,15 и 5,6 ударов в мин). У пациентов с ВМД и ПОУГ отмечено достоверное (при $p<0,05$) повышение гемодинамических показателей: в ЦАС на 2,89±1,24 см/с; в ГА на 5,97±1,24см/с. В ЗКЦА заметного улучшения мы не наблюдали. Таким образом, проведение терагерцовой терапии на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц у больных с ВМД и ПОУГ, возможно, может способствовать снижению хронической ишемии и гипоксии сетчатки и зрительного нерва. Исследования продолжаются.

Выводы. 1 Низкоинтенсивное ЭМ излучение на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц является безопасным, безболезненным, неинвазивным методом. 2.Терагерцовая терапия с помощью переносного медицинского аппарата «Орбита» (Саратов) способствует улучшению сердечно-сосудистой системы (понижает А/Д, урежает частоту Ps). 3.Применение низкоинтенсивного ЭМ излучения на частоте атмосферного кислорода 129,0 ГГц способствует достоверному повышению кровотока в сосудах заднего сегмента глазного яблока.

Микроциркуляция как фактор контроля динамики приживления свободных кожных аутотрансплантатов при реконструкции век.

Филатова И.А.

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Актуальность. Реконструктивные операции на веках при посттравматических и врожденных деформациях с сопутствующим дефицитом тканей нередко выполняют с пересадкой свободных кожных лоскутов. Сроки и характер приживления данных лоскутов представляют интерес для планирования очередных этапов хирургического лечения. Особый интерес вызывает динамика изменений микроциркуляции в лоскуте, который изначально не имел сосудов.

Цель. Оценить динамику приживления свободных кожных аутотрансплантатов при реконструкции век на основании изучения их микроциркуляции. Материалы и методы. Клиническую группу составили 33 пациента в возрасте 6–75 лет (μ – 43,7), которым выполняли свободную кожную пластику верхнего (10) и нижнего (23) век. У всех пациентов данной группы имелась рубцовая деформация век с изменением формы глазной щели, укорочение век с дефицитом кожи, осложненное лагофтальмом от 3 до 11 мм. Всем пациентам была проведена реконструкция век с использованием свободных аутотрансплантатов с верхнего века здорового глаза (5), с задней поверхности ушной раковины (23) и с внутренней поверхности плеча (5). После операции оставляли тугую бинтовую повязку на 5 дней. Контроль микроциркуляции в динамике проводили методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Исследование проводили со дня первой перевязки, т.е. на пятые сутки после операции, в трех точках на лоскуте: в центре, на периферии и на краю. Время измерения в каждой точке 4 минуты. Измерения проводили ежедневно с 5-го до12-го дня послеоперационного периода, а затем на 14, 16, 18, 21 сутки, а так же через 1, 2 и 6 месяцев, 1 и 2 года после операции.

Основным параметром микрогемодинамики в пересаженном лоскуте, был показатель микроциркуляции (М), измеряемый в перфузионых единицах (пф.ед.) и отражающий средний уровень перфузии в единице объема ткани за единицу времени. Ре-

зультаты. Во всех случаях свободные кожные аутотрансплантаты прижили полностью. По данным ЛДФ было выявлено, что на 5 сутки после операции М в центре лоскута равнялся 4,65 пф.ед., на периферии – 4,46 пф.ед., на краю лоскута – 6,91 пф.ед. На следующий день М статистически достоверно увеличился и составил 9,53, 9,39 и 11,82 пф.ед. соответственно.

В течение последующих четырех дней М продолжал повышаться, на 10-й день послеоперационного периода М достигает максимума во всех зонах лоскута. В центре он равняется 19,45 пф.ед., на периферии – 16,95 пф.ед., на краю – 16,64 пф.ед. С 11-12 дня происходит статистически достоверное снижение показателя М (в центре – 13,47 пф.ед., на периферии – 13,05 пф.ед., на краю лоскута – 13,28 пф.ед). Через 2 недели М статистически достоверно снизился: в центре и на краю лоскута на 14%, на периферии на 23%. С каждым днем изменения, происходящие в микроциркуляторном русле, становились менее выраженными. Через 3 недели, 1,2 и 6 месяцев после операции М имел тенденцию к снижению во всех точках лоскута. Через год после операции М достоверно снизился на 11-13%. Через два года после реконструкции М также статистически достоверно уменьшился на 12%.

Выводы. Свободные кожные аутотрансплантаты в процессе приживления проходят несколько этапов: от снижения микроциркуляции за счет ишемии, через увеличение притока крови в результате стаза и восстановления нормальной микрогемодинамики при полном приживлении, т.е. формирование микрососудистого русла. Врастание новообразованных сосудов активнее начинается от края трансплантата, затем в центре и завершается – по периферии лоскута. Учитывая, что с 21 дня после операции в параметрах микроциркуляции происходили минимальные изменения, т.е. к этому сроку завершились все основные механизмы формирования сосудистого русла в свободном аутотрансплантате, данный срок можно расценивать как оптимальный для снятия тракционных швов. При окончательном приживлении свободного кожного лоскута через 2 года после пересадки формируется плоскостной рубец, микроциркуляция крови которого ниже здоровой кожи на 27%, но выше рубцовой ткани на 43%.

Безрамная навигация в хирургическом лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями орбиты

Давыдов Д.В., Левченко О.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Научно-исследовательский институт Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

По данным статистики ВОЗ на 2009г. травматические повреждения костей лица составляли около 40% от всех видов травм. При этом орбитальные переломы происходят в 25% случаев. Повреждения костных структур орбиты требуют проведения первичного восстановления дефектов, с применением различных материалов. В литературе имеются сообщения об использовании методики безрамной навигации в нейрохирургии при удалении объемных процессов и для наиболее точного сопоставления костных фрагментов.

Цель работы. Разработать способ применения интраоперационной безрамной навигации при лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями орбиты. Материалы и методы. На клинических базах НИИ СП им. Склифосовского и ЦС и ЧЛХ МГМСУ им.А.И. Евдокимова выполнено 81 реконструктивных операций.

Возраст пациентов составил от 21 до 57 лет. Сроки от момента получения травмы до госпитализации составили от 7 дней до 5 месяцев. У всех пациентов имелась односторонняя локализация дефекта. Во всех клинических наблюдениях дефект сопровождался энофтальмом и гипофтальмом различной степени выраженности. В 1 наблюдении у пациента с анофтальмическим синдромом выполняли пластику дефекта дна глазницы с одномоментным отсроченным формированием опорно-двигательной культи с использованием эндопротеза с целью дальнейшего индивидуального косметического протезирования.

В предоперационном периоде пациентам производили мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) костей лицевого отдела черепа. Данные МСКТ переносили в базу данных нейронавигационной установки. В последующем основываясь на полученных аксиальных срезах производили послойное построение виртуальной модели недостающих фрагментов костных структур глазницы. Одним из условий выполнения операции с использование конкретной модели навигатора являлась жесткая фикса-

ция головы при помощи фиксирующей дуги. Начальные этапы операции выполняли по общепринятой методике. У пациентов с сочетанными повреждениями (лобно-орбитальные) выполняли основной этап краниопластики с использованием имплантатов из полимерных материалов и титановой микропластины.

Во время формирования имплантата контроль его формы производили с помощью пойнтера нейронавигационной установки таким образом, чтобы каждая точка поверхности изготовленного имплантата совпадала с аналогичной точкой «виртуальной модели», отображенной на дисплее. В послеоперационном периоде производили контрольную МСКТ костей лицевого черепа с 3D-реконструкцией с целью анализа формы и местоположения установленного имплантата. Результаты. У всех пациентов полностью удалось устранить посттравматические орбитальные дефекты и деформации с восстановлением утраченного объема. При этом был достигнут хороший функциональный и косметический эффект. Осложнений в послеоперационном периоде нами выявлено не было. Погрешность при использовании костных меток в процессе совмещения реального и виртуального объектов в сочетании с жесткой фиксации головы в нашем исследовании составила около 1,0 мм.

Заключение. Использование методики интраоперационной безрамной навигации при хирургическом лечении пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями орбиты имеет ряд преимуществ. Для создания виртуальной модели орбиты не требуется выполнения предоперационного прототипирования, планирование занимает около 20 минут. Разработанная методика безрамной навигации при устранении дефектов и деформаций орбиты по разработанным критериям оценки позволяет максимально точно воспроизвести форму, объем и положение костных фрагментов, имплантатов и аутотрансплантатов, что позволяет добиться высоких функциональных и эстетических результатов у пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями орбиты.

Рациональный подход в лечении пациентов с метастатической увеальной меланомой.

ФГБУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

Назарова В.В.

Увеальная меланома – опухоль нейроэктодермального происхождения, развивающаяся из меланоцитов увеального тракта (хориоидеи, цилиарного тела, радужки). Заболеваемость увеальной меланомой в мире по данным различных авторов колеблется от 2,3 до 7 человек на 1 млн. населения. Увеальная меланома отличается от меланомы кожи и меланомы слизистых, как по клиническому течению, так и по молекулярно – генетическим свойствам. И если в лечении метастатической меланомы кожи достигнуты значительные успехи, созданы и зарегистрированы ингибиторы серин-треонин киназы BRAF и блокаторы иммунологического надзора: анти-CTLA-4 и анти-PD-1/PD-L1, то для увеальной меланомы активно проводят поиск новых мишеней направленной противоопухолевой терапии.

Понимание механизмов внутриклеточной передачи сигнала в опухоли и современные достижения биотерапии позволят создать новые подходы в лечении метастатической увеальной меланомы. Однако до их внедрения в клиническую практику пройдёт ещё много лет. Опыт лечения таких пациентов в РОНЦ РАМН свидетельствует о том, что временной фактор является очень важным.

До процесса метастазирования увеальной меланомы проходят годы, но течение метастатической болезни оказывается стремительным. Средняя продолжительность жизни пациентов с метастатической увеальной меланомой по данным различных исследований колеблется от 3,7 до 24 месяцев. До сих пор нет единых общепризнанных стандартов лечения метастатической увеальной меланомы и подбор терапии для каждого пациента основывается на опыте отдельных онкологов, а не редко только офтальмологов. Поэтому вопрос химиотерапии увеальной меланомы по прежнему остаётся актуальным.

Цель: Поиск наиболее оптимального режима терапии метастатической увеальной меланомы Задачи: 1) Анализ ретроспективного материала (данные архива РОНЦ с 1991 г. по 2010 г.) 2) Оценить эффективность и токсичность методов лечения пациентов с метастатической увеальной меланомой 3) На основании проведённого анализа выработать алгоритм лечения пациентов с метастатической увеальной меланомой Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ пациентов с мУМ получивших лечение в ФГБУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН с 1991 г. по 2010 г. Для проведения сравнительной оценки эффективности и токсичности выбраны ретроспективные группы из 33 пациентов. В работе проанализирована эф-

фективность и токсичность пяти методов лечения: 1 группа (n=13) ПХТ (полихимиотерапия): дакарбазин 800 мг/м2, цисплатин 20 мг/м2, винбластин 2,0 мг/м2 в/в, кап. С 1 по 4 день. 2 группа (n=6) ХТ+ИТ (химиотерапия+иммунотерапия) дакарбазин 1000 мг/м2 в первый день, далее интерферон альфа 10 млн МЕ ежедневно с 1 по 10 день. 3 группа (n=7) ХТ (химиотерапия): монотерапия мюстофораном в дозе 100 мг/м2 1 раз в неделю, в течение 3 недель, с последующим перерывом в 4-5 недели; поддерживающая доза - 100 мг/м2 1 раз в 3 недели 4 группа (n=7) локорегиональная терапия: химиоэмболизация и хирургическое удаление метастазов. Результаты: В 1 группе ПХТ: медиана времени до прогрессирования (ВДП) составила 4 мес., медиана общей продолжительности жизни от момента начала лечения (ОВ) составила 12 мес. У 2 из 13 (15,3 %) пациентов проведена редукция доз химиопрепаратов в связи с нейтропенией и лейкопенией 4 ст. (токсичность оценивалась по критериям NCI CTC v.3). Во 2 группе ХТ+ИТ: медиана ВДП составила 3 мес., медиана ОВ составила 12 мес. Ни у одного из пациентов не наблюдалось токсичности 3-4 степени на фоне лечения. В 3 группе ХТ: медиана ВДП составила 3 мес., медиана ОВ составила 8 мес. У всех 7 пациентов (100%) наблюдалась тромбоцитопения 4 ст. В 4 группе локорегиональных методов лечения: медиана ВДП составила 3 мес., медиана ОВ составила 8 мес. У всех пациентов после химиоэмболизацию возникала боль в животе разной степени выраженности, что требовало дополнительного ведения опиоидных анальгетиков.

Выводы: Учитывая отсутствие преимуществ полихимиотерапии перед монохимиотерапией или химиотерапии в комбинации с иммунотерапией, среди пациентов с метастатической увеальной меланомой, необходимо выбирать более щадящие режимы терапии. Раннее выявление метастазов увеальной меланомы позволит своевременно провести локорегиональное лечение и как следствие, улучшить прогноз для таких пациентов.

Взаимосвязь полиморфизма гена ABCB1/MDR1 с клинико-морфологическими характеристиками при увеальной меланоме

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Цыганков А.Ю., Саакян С.В., Амирян А.Г., Логинов В.И., Бурденный А.М.

Цель. Изучение частоты распределения генотипов полиморфного маркера C3435T гена MDR1/ABCB1 у больных увеальной меланомой (УМ) in vivo и их взаимосвязи с клинико-морфологическими параметрами опухоли Методы. Обследовано 30 пациентов (12 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 23 до 72 лет (средний возраст 52,5±9,1 года) с УМ. Высота опухоли составила от 2,6 до 13,8 мм (9,05±3,8 мм), диаметр основания - от 8,2 до 21,9 мм (15,4±5,6 мм). По локализации в исследование вошли опухоли цилихориоидальной области (n=5, 16,7%), хориоидеи (n=22, 73,3%) и иридоцилиохориоидальной области (n=3, 10%). По гистологическому строению выделяли веретеноклеточные (ВК) (n=16, 53,3%), смешанноклеточные (СК) (n=9, 30%) и эпителиоидноклеточные (ЭК) (n=5, 16,7%) опухоли. Во всех случаях был проведен патоморфологический и генетический анализ удаленного после энуклеации материала.

Полиморфизм гена ABCB1 определяли с помощью ПЦР-ПДРФ анализа. Статистическую обработку результатов проводили с использованием закона генетического равновесия Харди-Вайнберга для аутосомных признаков. При сравнении частот встречаемости генотипов применяли критерий Пирсона, а для малых выборок – точный критерий Фишера.

Результаты. В 80% случаев была выявлен аллель С, при этом в опытной группе аллель С встречался почти в 2 раза чаще, чем в контрольной (80% против 41,7%). Частота генотипа СС в группе больных оказалась в 4 раза выше по сравнению с группой контроля, в тоже время генотип ТТ у больных обнаружен не был. Ассоциация генотипа СТ с риском развития УМ отмечалась в 40% случаев от общего количества аллелей С, тем не менее, данная ассоциация не была значимой ($p>0,05$). Нам удалось выявить значимую ассоциацию генотипа СС полиморфного маркера C3435T гена ABCB1 со степенью пигментации опухоли (при этом с выраженной пигментацией исследовано 13 случаев, со слабой – 14, без пигментации – 3). Частоты генотипов СТ и СС при выраженной пигментации опухоли значительно не отличались друг от друга и составили 52% и 46%, соответственно. В случае умеренно выраженной пигментации или ее отсутствия частота генотипа СС более чем в 2 раза превосходила таковую для генотипа СТ (71% (12/17) против 29% (5/17)). В зависимости от высоты опухоли были разделены на 2 группы – < 10 мм (n=18) и ≥ 10 мм (n=12). При

этом частота генотипов CC и CT в первой группе была одинаковой и составила 50% (по 9 глаз в каждой подгруппе). Во второй группе мы отметили 3-х кратное увеличение частоты генотипа CC по сравнению с генотипом CT (75% и 25%, соответственно). Нами была также выявлена значимая взаимосвязь частот генотипов CC и CT с наличием видимых сосудов в опухоли (n=23). При этом частота генотипа CC составила 65%, а генотипа CT – 35%. В 7 случаях видимые собственные сосуды при офтальмоскопии не выявляли, при этом частоты генотипов CC и CT отличались незначительно и составили 42% и 58%, соответственно. При оценке взаимосвязи генотипов гена ABCB1 с гистологическими типами УМ, такими как прогностически благоприятный ВК (n=16), менее благоприятный СК (n=9) и неблагоприятный ЭК (n=5), СК и ЭК типы были объединены в одну группу. Частоты генотипов CC и CT при ВК типе опухоли не различались и составили по 50%. В случае СК типа опухоли частота генотипа CT составила 33% (3 глаза), тогда как частота генотипа CC была в 2 раза больше и составила 66% (6 глаз). При ЭК типе опухоли разница была еще больше – частота генотипа CT была 20% (1 глаз), а генотипа CC – 80% (4 глаза). В объединенной группе с ЭК и СК типом опухоли частота генотипа CT составила 30%, а генотипа CC – 70%. Заключение. В настоящей работе впервые изучено распределение частот генотипов полиморфного маркера C3435T гена ABCB1 с риском развития УМ и их связь с клинико-патоморфологическими параметрами УМ.

Впервые показана статистически значимая взаимосвязь генотипа CC с рядом клинических (умеренная пигментация опухоли, высота опухоли и наличие видимых собственных сосудов) и патоморфологических (СК и ЭК тип опухоли) факторов.

Полученные нами данные могут свидетельствовать о значимости генотипов полиморфного маркера C3435T гена ABCB1 в развитии УМ и их патогномоничности для этой патологии. В то же время наличие аллеля T гена ABCB1, безусловно, свидетельствует об относительно благоприятном течении опухолевого процесса.

Выявленные особенности могли бы быть использованы для разработки в ходе дальнейших исследований современных подходов к прогнозированию течения УМ, а также для скрининга пациентов, находящихся в группе риска по данному заболеванию.

Влияние молекулярно-генетических изменений на витальный прогноз при увеальной меланоме

Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, , Москва

Цыганков А.Ю., Саакян С.В., Амирян А.Г., Склярова Н.В., Залетаев Д.В.

Цель. Определить зависимость общей онкологической выживаемости от молекулярно-генетических изменений в группе больных увеальной меланомой (УМ). Методы. Обследовано 104 пациента (38 мужчин и 66 женщин) в возрасте от 22 до 84 лет (средний возраст 53,7±12,2 года) с УМ. Высота опухоли составила от 1 до 17 мм (в среднем 9,4±2,1 мм), диаметр основания от 7,3 до 21 мм (в среднем 15,7±3,9 мм). Методы лечения включали энуклеацию (101 случай) и иридоциклосклерэктомию (3 случая). Во всех исследуемых случаях был проведен патоморфологический и генетический анализ удаленного материала. Моносомию хромосомы 3 (М3) и потерю гетерозиготности (ПГ) в хромосоме 1p определяли с помощью анализа ПГ и полимеразной цепной реакции, метилирование гена RASSF1A определяли при помощи метода метил-чувствительного рестрикционного анализа. Срок наблюдения после хирургического лечения составил от 41 до 84 месяцев (в среднем 60,9±8,8 месяцев). Статистический анализ проводили с применением точного критерия Фишера и его значимости. Для исследования выживаемости пациентов после лечения использовался статистический метод множительных оценок Каплана-Мейера, а для оценки различия между двумя выборками – двухвыборочный критерий Вилкоксона (Манна-Уитни) и регрессионная модель Кокса.

Результаты. При анализе общей пятилетней выживаемости пациентов (n=104) смертность составила 30,8% (n=32), при этом учитывалась только смертность от метастатической болезни. Живые на момент исследования (n=65, 62,5%) и умершие по другим причинам (n=7, 6,7%) составили 69,2% от общего количества пациентов в исследуемой группе.

Средняя продолжительность жизни пациентов от ликвидационного хирургического лечения до гибели вследствие метастатической болезни составила 62,9±10,1 месяца. Все пациенты были раз-

делены на 3 группы: I группа - пациенты с М3 (n=45, 43,3%), II группа - с ПГ в хромосоме 1p (n=30, 28,8%) и III группа - с метилированием гена RASSF1A (n=23, 22,1%). Группы сравнения составили пациенты без исследуемых аберраций. В 11,5% случаев (n=12) мы отмечали наличие у одного пациента как М3, так и ПГ в хромосоме 1p. В 5,8% случаев (n=6) были выявлены одновременно М3 и метилирование гена RASSF1A. Сочетание ПГ в хромосоме 1p и метилирования гена RASSF1A у одного пациента было обнаружено у 8,7% исследуемых (n=9). Сочетание трех молекулярно-генетических аберраций выявлено у двоих пациентов (1,9%). У 29 пациента (27,9%) не было выявлено ни одной из исследуемых аберраций. В группе М3 смертность от метастатической болезни превысила выживаемость (53,2% против 46,8%, p=0,002), что свидетельствует о значимой роли М3 в выживаемости пациентов с УМ. В группе сравнения выживаемость составила 87,7%, а смертность – 12,3%, что более чем в 4 раза ниже, чем в группе М3. При анализе выживаемости в группах с ПГ в хромосоме 1p (n=30) в сравнении с группой сравнения (n=74) смертность в группе 1p составила 36,7%, а в группе сравнения – 28,4%. Различия в выживаемости в двух подгруппах не были статистически значимыми (p=0.064). Схожие данные получены при сопоставлении пациентов из группы с метилированием RASSF1A (n=23) и группы сравнения (n=81) (смертность 26,1% и 32,1%, соответственно). Данные различия были статистически достоверными (p=0,037 по регрессионной модели Кокса). В группе пациентов с сочетанием М3 и ПГ в хромосоме 1p (n=12) смертность составила 75%, что значительно превышает общую онкологическую смертность (p=0.001). При сочетании М3 и метилирования гена RASSF1A (n=6) мы выявляли смертность в двух третях случаев, то есть 67% (p=0.03), а при сочетании ПГ в хромосоме 1p и метилирования гена RASSF1A (n=9) – в 22,2% случаев (p=0.068). Из двух пациентов, имевших все три молекулярно-генетические аберрации, один умер от метастатической болезни через 51 месяц после проведенного лечения.

Заключение. Изучена общая пятилетняя выживаемость пациентов и смертность в результате метастатической болезни в группе «больших» УМ. Показана достоверная ассоциация М3 со сниженной выживаемостью пациентов, а метилирования гена RASSF1A – с улучшением витального прогноза. Сочетание двух и более молекулярно-генетических изменений ухудшает выживаемость пациентов с УМ. Выявленные особенности могут быть использованы для прогнозирования течения УМ у пациентов при выполнении энуклеации, блок-эксцизии опухоли, тонкоигольной аспирационной биопсии, а также для проведения в перспективе адъювантной терапии УМ у пациентов с высоким риском развития метастатической болезни.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

Клинический случай реконструкции нижней губы после ее утраты вследствие онкологического заболевания

Адамян Р.Т., Старцева О.И., Гуляев И.В., Истранов А.Л., Березовская Н.Ю.

Научно-исследовательский отдел пластической хирургии Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова, Москва

Онкологические заболевания и их последствия являются причиной дефектов челюстно-лицевой области еще с незапамятных времен. Актуальность данной патологии очевидна: происходит рост онкологической заболеваемости и, как следствие, возрастает необходимость поиска новых подходов в вопросе их лечения или создания наиболее благоприятных условий жизни пациента. Частое поражение раком нижней губы отчасти можно объяснить очень малым по сравнению с верхней губой и областью углов рта количеством сальных желез. Их секрет не создает достаточной естественной смазки, которая защищала бы нижнюю губу, как более активную и подвижную по сравнению с верхней, от отрицательных внешних воздействий. Немаловажную роль в структуре заболеваемости раком играет сопутствующая патология. Например, недостаточность инсулина при таком распространенном заболевании как сахарный диабет 2 типа, приводит к нарушению углеводного, жирового и белкового обмена.

Снижается синтез белка, в том числе и антител, что приводит к уменьшению сопротивляемости инфекциям. Возникающие после хирургического лечения обширные дефекты мягких тканей приводят к разобщению работы групп мышц рта, обеспечивающих множество различных движений (форми-

рование речи, приема пищи, выражения эмоций). Кроме того, возникает деформация и ассиметрия мягких тканей области губ, что значительно ухудшает эстетический вид пациента.

В данный момент времени известны различные способы закрытия дефектов мягких тканей челюстно-лицевой области с помощью аутотрансплантатов, близких по строению, толщине и свойствам к тканям реципиентной зоны. К таким атутотрансплантатам относятся: несвободные лоскуты, ротированные на кожном основании или на сосудистой ножке; свободные нереваскуляризируемые или реваскуляризируемые микрохирургические аутотрансплантаты.

Все перечисленные виды аутотрансплантатов также отличаются по составу тканей, входящих в них. В отделении реконструктивной и пластической хирургии УКБ№1 поступил пациент Б.,64 лет с клиническим диагнозом: Приобретенная деформация нижней зоны лица после субтотальной резекции нижней губы, резекции верхней губы, резекции левой щеки с пластикой перемещенным кожным лоскутом по поводу с-г губы с распространением на левую щеку, верхнюю губу T 4 N0 M0 G2, IV St., II кл.гр.(от 2012г.) Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, в сатдии субкомпенсации. Гипертоническая болезнь 1 ст,1 ст.,риск 4 ХСН 0-1 .Была выполнена реконструкция верхней и нижней губы ротированным составным височно-теменным лоскутом. На 3 сутки после операции лоскут был удален из-за недостаточной перфузии тканей облученной окружающей ткани дефекта и тромбоза сосудистой ножки на фоне высоких показателей глюкозы крови.

После полной эпителизации краев раны и нормализации показателей артериального давления и глюкозы крови, выполнена микрохирургическая реконструкция мягких тканей нижней трети лица свободным реваскуляризованным кожно - фасциальным лучевым лоскутом по оригинальному шаблону, благодаря которому удалось максимально приближенно воссоздать анатомическую целостность губ и комиссуры, а за счет создания дупликатуры части лоскута - свода преддверия нижней губы, переходной складки. Через 3 месяца выполнена коррекция микростомии: над сосудистым пучком, находящимся между дуплицированными стенками пересаженного реваскуляризированного кожно-фасциального лучевого лоскута, выполнен разрез на всю толщу, воссоздана комиссура левого угла рта. Таким образом, при реконструкции дефекта мягких тканей рта у данного пациента, мы руководствовались принципом «от простого к сложному».

В приоритете был забор тонкого, пластичного, хорошо кровоснабжаемого лоскута на сосудистой ножке. Из-за наличия сопутствующей патологии максимально подходящий вариант реконструкции был нарушен. Это привело нас к решению о реконструкции дефекта реваскуляризированным кожно-фасциальным лучевым лоскутом с помощью микрохирургической операции,благодаря которому был достигнут положительный результат.

Дальнейшая коррекция с максимально приближенным воссозданием анатомии губ и комиссуры угла рта позволила пациенту улучшить качество жизни, как психологическом и функциональном, так и эстетическом плане.

Зоны безопасности при проведении операции реконструкции нижней стенки глазницы трансантральным доступом

Бельченко В.А., Рыбальченко Г.Н., Баранюк И.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель. Анализ зон безопасной фиксации титановых пластин при проведении операции реконструкции нижней стенки глазницы трансантральным доступом.

Задачи. Определить мнимые и реальные опасности при проведении хирургического лечения больных с переломами нижней стенки глазницы с использованием трансантрального оперативного доступа и минипластин, фиксируемых к нижнеглазничному краю и бугру верхней челюсти.

Материалы и методы. На основании опыта лечения 525 больных с посттравматическими дефектами и деформациями костей скуло-глазнично-верхнечелюстного комплекса и свежими переломами указанной области в период времени с 1989 по 2013 гг., предлагается соблюдать определенные правила в выборе точек фиксации минипластин при лечении больных с переломами нижней стенки глазницы с учетом особенностей анатомо-топографического строения глубоких отделов средней зоны лицевого скелета.

Результаты. Проведенный ретроспективный

анализ использования «зоны безопасности» в качестве участка фиксации задней ножки Ф-образной пластинки показал необходимость соблюдения определенных правил в выборе точек фиксации минипластин при лечении больных с переломами нижней стенки глазницы с учетом особенностей анатомо-топографического строения глубоких отделов средней зоны лицевого скелета.

При операциях трансантральным доступом, фиксацию минимпластины производят к бугру верхней челюсти в нижней половине задней стенки верхнечелюстной пазухи. При игнорировании «зоны безопасности» и сверлении отверстий под шурупы выше середины задней стенки верхнечелюстной пазухи и медиальнее, в сторону крыловидно-небной ямки возможно повреждение основного ствола верхнечелюстного нерва, крылонебного узла, верхнечелюстной артерии с ветвями и крыловидного венозного сплетения, попадание шурупа в клиновидную пазуху (с большей вероятностью эта ситуация может возникнуть у пациентов с брахицефалической формой черепа). Нами не было отмечено ни одного случая возникновения даже кратковременного онемения слизистой оболочки твердого и мягкого неба после сверления отверстий и установки шурупов в «зоне безопасности». Редкое, не более чем в 5% случаев, точечное артериальное или венозное кровотечение, возникающее при просверливании бугра верхней челюсти, останавливалось при завинчивании шурупа в просверленное отверстие.

Выводы. Особенности анатомического строения и топографии основания черепа и глубоких отделов средней зоны лицевого скелета в обязательном порядке должны быть учтены хирургом при лечении больных с переломами дна глазницы с использованием трансантрального оперативного доступа.

Комплексный подход в хирургическом лечении больных с дефектами носа после лечения онкологических заболеваний.

Вербо Е.В., Брусова Л.А., Кречина Е.К., Горкуш К.Н.

Центральный научный исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Дефекты носа одна из самых распространенных патологий среди пациентов челюстно-лицевой области , одна пятая таких пациентов приобретают данную патологию после лечения по поводу онкологических заболеваний (имеет этиологию онкологического характера) При лечении таких пациентов необходимо не только устранить сам дефект, но и сделать сформированный нос максимально гармонирующим с лицом человека, восстановить его дыхательную функцию, а так же сократить до минимума донорский ущерб.

Цель исследования: Разработка алгоритма пластического устранения дефектов носа в зависимости от характеристики дефекта и имеющегося донорского ущерба. Материалы и методы: В период с 2004 по 2014 гг. В отделении челюстно- лицевой хирургии ФГБУ ЦНИИСЕ и ЧЛХ наблюдалось 48 пациентов сч дефектами носа после лечения по поводу онкологических заболеваний, из них 15 человек после неудачных попыток хирургического лечения проведенного с целью устранения дефекта носа в других лечебных учреждениях. Осложнения, как правило, возникают в следствие неправильного планирования таких этапов хирургического лечения как: определение размеров лоскута, место его выкраивания и позиционирования относительно питающей ножки, а также правильное распределение очередности этапов хирургического лечения и сроков их проведения. С целью планирования тактики хирургического лечения в предоперационном периоде проводятся следующие исследования: - мультиспиральная компьютерная томография костей лицевого скелета, для оценки состояния опорно-контурных структур носа. - ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов лица, для определения качественных и количественных показателей основных характеристик кровотока сосудистой ножки лоскута. - допплеровское исследование с целью отслеживания хода сосуда -изготовление гипсовых либо стереолитографических моделей лица с последующим моделированием воскового шаблона наружного носа.

После проведения данных исследований определяется объем и форма дефекта и возможный метод его устранения В послеоперационном периоде, с целью оценки состояния лоскута, проводилась лазерная допплеровская флоуметрия (ЛДФ). Учитывая показатели последней, определялись сроки отсечения питающей ножки и очередных этапов хирургических вмешательств с целью коррекции пластически восстановленного носа

Результаты исследования 1) За счет иден-

тичности цвета и качества кожи, использование регионарных тканей позволяет получить оптимальный эстетический результат при формировании наружного носа. 2) Неоспоримым плюсом при выборе донорской зоны в области лба, для устранения тотальных дефектов носа, является отсутствие вынужденного положения больных на этапах операций. 3) Доказана возможность уменьшения донорского ущерба и применение в качестве донорского материала различных слоев данной зоны (надкостничный лоскут, кожно-фасциальный, кожно-мышечный и т.д.) 4) По данным ультразвукового дуплексного сканирования сосудов и определения четких границ прохождения сосудистого пучка, стало возможным выкраивание лоскута необходимой формы, и размеров, независимо от ранее принятых нормативов формирования осевых лоскутов. 5) При помощи ЛДФ диагностики на всех этапах пред- и послеоперационного периода оценивалась жизнеспособность тканей лоскута, в результате чего было доказано, что при правильном выделении сосудистого пучка, кровоснабжение лоскута даже на ранних этапах после операционной реабилитации не достигает критических значений. 6) Так же была выявлена следующая закономерность: - показатели микроциркуляции в лоскуте на питающей ножке соответствуют норме в среднем на 60 ± 5 сутки, что указывает на возможность проведения 2-ого этапа - отсечения питающей ножки. - оптимальные сроки повторных хирургических вмешательств с целью коррекции лоскута не менее 6 месяцев 7) В последовательности оперативных вмешательств, при устранении дефекта носа важно планировать установку силиконового имплантата или хрящевого аутотрансплантата на заключительных этапах, т.к. повторное вмешательство может привести к инфицированию и потере лоскута. 8) Важным условием для избежания вторичной рубцовой атрезии носовых ходов, является использование носовых вкладышей после каждого этапа хирургического лечения

Выводы: Использование региональных лоскутов в совокупности с предоперационным комплексом мероприятий - оптимальный выбор при устранении дефектов носа, как для восстановления функционального компонента так и для получения максимального эстетического результата.

Топографо-анатомическое обоснование применения реваскуляризированного кожно-фасциального локтевого лоскута при устранении дефектов в челюстно-лицевой области.

Вербо Е.В., Петросян А.А., Гилева К.С., Филиппов И.К.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Москва

В настоящее время свободная пересадка реваскуляризованных комплексов тканей надежно вошла в реконструктивную хирургию. Этот раздел продолжает развиваться, разрабатываются более надежные и безопасные методы операций, которые широко применяются в пластической хирургии, челюстно-лицевой хирургии, онкологии, травматологии и других областях хирургии. Многие исследователи выделяют область предплечья как одну из наиболее перспективных донорских зон для формирования сложных кожно-фасциальных лоскутов. Однако применение лучевого лоскута часто сопряжено с длительным заживлением донорской зоны и грубым послеоперационным рубцом на тыльной поверхности предплечья.

Зона нашего интереса - изучение топографической анатомии трансплантата, базирующегося на локтевой артерии, в виду меньшего ожидаемого донорского дефекта. Также, принципиально важным считаем изучение объема кровоснабжения предплечья от лучевой и локтевой артерий. Описательные сведения о топографической анатомии сосудов донорских зон не позволяют внедрить в клиническую практику применение реваскуляризированных аутотрансплантатов без предварительного изучения особенностей их кровоснабжения.

Цель настоящего исследования Изучить топографо-анатомическую особенность кровоснабжения предплечья, и сравнение территории кровоснабжения локтевой и лучевой артерии с внедрением кожно-фасциального локтевого аутотрансплантата в клиническую практику для улучшения функциональных и эстетических результатов хирургического лечения больных с дефектами лица.

Материалы и методы. Всего было подвергнуто исследованию 19 нефиксированных трупов в возрасте от 35 до 78 лет. Послойная препаровка с

контрастированием сосудов жидкими нерентгеноконтрастными красителями была произведена на 12 верхних конечностях, что позволило детально изучить особенности кровоснабжения тканей и ангиоархитектонику русла донорской зоны предплечья и сравнить зоны кровоснабжения от локтевой и лучевой артерий. На 26 верхних конечностях произведено формирование локтевого аутотрансплантата.

Результаты исследования. Локтевая артерия отходит от плечевой после прохождения ее под апоневрозом двуглавой мышцы плеча на 2см ниже локтевого сгиба и идет в верхних отделах медиально под круглым пронатором, срединным нервом, лучевым сгибателем запястья и поверхностным сгибателем пальцев. Далее она следует в фасции между локтевым сгибателем запястья и поверхностным сгибателем пальцев. В нижней трети артерия сопровождается локтевым нервом, находящимся медиальнее ее. На запястье локтевая артерия проходит под удерживателем сгибателей латеральнее гороховидной кости и заканчивается делением на глубокую и поверхностную ладонные ветви.

Практически сразу после начала локтевая артерия дает переднюю и заднюю возвратные локтевые артерии и общую межкостную артерию. Дистальнее общей межкостной артерии локтевая артерия дает 3-5 кожно-фасциальных ветвей между локтевым сгибателем запястья и поверхностным сгибателем пальцев, которые объединяются с ветвями лучевой артерии в богатую подкожную сосудистую сеть. В процессе исследования произведена оценка территории кровоснабжения предплечья из бассейна локтевой и лучевой артерий. Выяснено что соотношение объема кровоснабжения при линейном измерении от лучевой артерии в среднем составляет 56%, а от локтевой 44% от всего объема кровоснабжения предплечья. Тем самым из представленных цифр видно, что площадь кровоснабжения от лучевой артерии больше чем от локтевой. Полученные данные важны при выборе донорской зоны предплечья и закрытия донорского дефекта после забора лоскута.

Выводы. На основании проведенного контрастирования изучаемой области и оценки зоны окрашивания слоев выявлено, что возможно производить забор локтевого лоскута размерами 2-10см в длину, 2-6см в ширину. Длина сосудистой ножки трансплантата достигает 12см. Отмечается меньший донорский дефект по сравнению с формированием лучевого лоскута. Таким образом, реваскуляризированный кожно-фасциальный локтевой аутотрансплантат может стать незаменимым донорским материалом при замещении небольших дефектов лица без значительной травматизации донорской зоны и снижения функции верхней конечности.

Реконструктивно восстановительная хирургия лицевого нерва

д.м.н. проф. А.И. Неробеев., к.б.н. В.Л. Доманский., К.С. Салихов., М.М. Сомова., З.Ю. Висаитова

ЦНИИС и ЧЛХ, Москва

Повреждение лицевого нерва является несомненно тяжелой патологией, которая ведет к выраженным физическим, функциональным, эстетическим нарушениям и психологической травме. Лицо как зеркало души отражает внутренний мир человека. Неспособность выражать эмоции, уродующая асимметрия лица, функциональный дискомфорт при приеме пищи приводит к развитию комплексов и в последующем социальной адаптации. В настоящее время возросло количество пациентов с поражением лицевого нерва (в связи с увеличением числа онкологических заболеваний лица, патологией околоушной слюнной железы). Патология лицевого нерва это проблема, с которой наиболее часто приходится сталкиваться онкологам, неврологам, челюстно-лицевым и пластическим хирургам. В настоящее время нет единого подхода в тактике ведения пациентов с параличами мимической мускулатуры.

Цель: Разработка и внедрение алгоритма оказания хирургической помощи в зависимости от сроков и видов повреждения лицевого нерва. Задачи исследования: 1)Провести клинический анализ давности повреждений лицевого нерва. 2)Провести анкетирование пациентов на этапах лечения. 3)Подобрать оптимальный метод хирургического лечения, учитывая давность и характер поражения. 4)Провести электромиографические исследования пораженных мимических мышц и ветвей лицевого нерва с использованием методов ЭМГ, ЭНГ и стимуляционных тестов, до и после лечения. 5)Оценить эффективность оказанного хирургического лечения, учитывая давность поражения. 6)Разработать

программу послеоперационной реабилитации пациентов с использованием портативных накожных электромиостимуляторов.

Результаты: Впервые в реконструктивной хирургии и микрохирургии лица с целью восстановления утраченной функции мышц лица, разработан алгоритм оказания вида хирургической помощи, учитывая давность поражения. Внедрены новые методы интраоперационной верификации нервов, с использованием портативных аппаратов. Разработан алгоритм послеоперационной реабилитации с использованием поверхностной накожной стимуляции в сочетании с ботулинотерапией.

Выводы: Нейропатия лицевого нерва является заболеванием, приводящим к стойким функциональным нарушениям и эстетическому дефекту. Тактика лечения пациентов зависит от нозологии и продолжительности заболевания. При сроках поражения лицевого нерва до 2 лет целесообразно проводить невропластические операции, так как есть шанс на восстановление утраченной функции мимических мышц, и достижения хорошего эстетического результата. В случае повреждения лицевого нерва более 2 лет, когда имеется выраженная атрофия мимических мышц без признаков положительной динамики, по данным ЭНМГ полный блок, целесообразно проводить аутотрансплантации с использованием скелетных мышц. Метод микрохирургического лечения лицевого нерва является приоритетным, и единственным методом, который полностью может социально реабилитировать пациента.

Микрохирургическая аутотансплантация тканей в лечении последствий онкологических заболеваний.

Караян А.С., Назарян Д.Н, Адамян Р.Т., Старцева О.И., Березовская Н.Ю.

Научно-исследовательский отдел пластической хирургии Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова, Москва

Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области предопределяют ряд принципов в выборе тактики лечения последствий онкологических заболеваний при помощи микрохирургической аутотансплантации тканей.

Для повышения эффективности эстетической и функциональной реабилитации пациентов с дефектами костных , мягкотканых или сочетание структур челюстно-лицевой области мы руководствуемся рядом принципов в выборе микрохирургического аутотрансплантата для реконструкции: 1) выбор аутотрансплантата определяется необходимостью воссоздания целостности анатомических структур; 2) выбор аутотрансплантата (костный, кожно-фасциальный , кожно-мышечный) зависит от вида и состояния окружающих тканей 3) выбор костного аутотансплантата определяется с учетом дальнейшего протезирования; 4) предоперационное обследование включает 3D компьютерное моделирование и изготовление стереолитографических шаблонов для моделирования костных компонентов трансплантатов, мультиспиральную компьютерную томографию - для оценки состояния мягкотканых структур, УЗДГ- сосудов реципиентной и донорской зоны для оптимизации хирургического вмешательства и получения возможного функционального и эстетического результата.

В период с 2008 – 2014 гг выполнено 28 трансплантаций для устранения дефектов мягких и костных тканей. Среди них костные дефекты нижней челюсти в исходе резекции по поводу онкологических заболеваний составили 22 наблюдения; использовали свободные реваскуляризируемые аутотрансплантаты малоберцовой кости(15-51%) и гребня подвздошной кости(7-25%). Для реконструкции сочетанных костно - мягкотканных дефектов нижней челюсти в одном наблюдении (4%) использовали пропеллерный лоскут малоберцовой кости с кожным компонентом на перфорантных сосудах. В двух наблюдениях (8%) потребовалась двухэтапная реконструкция кожно-мышечным торакодорсальным лоскутом для закрытия обширного дефекта мягких тканей ; затем костным малоберцовым аутотрансплантатом для закрытия костного дефекта. Для реконструкции верхней челюсти в одном наблюдении (4%) использовали лоскут малоберцовой кости с кожным компонентом на перфорантных сосудах и префабрицированный лоскут в области предплечья с использованием бессосудистого костного коспонента малоберцовой кости; в одном наблюдении (4%) - костно-кожный лоскут.

Для реконструкции изолированных мягкотканых дефектов в области головы использовали свободный микрохирургический лучевой аутотрансплантат: в одном наблюдении (4%) для закрытия

тотального дефекта губы и в одном наблюдении (4%) - для закрытия обширного дефекта волосистой части головы у пациента с постлучевым остеомиелитом теменной кости. Потерю аутотрансплантата отмечали в трех наблюдениях(12%), где в последствии использовали альтернативные методы реконструкции с использованием микрохирургического аутотрансплантата. У всех пациентов после реконструкции костных дефектов на сегодняшний день выполнено либо съемное протезирование (20%),либо имплантация зубов (80%).

Мионейропластика при параличах мимической мускулатуры: мониторинг трансплантированных мышц.

Малыхина И.Ф., Добродеев А.С., Сомова М.М.

Российская медицинская академия последипломного образования, Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Введение. При длительно существующих лицевых параличах (18-24 месяцев и более) в мимических мышцах происходят изменения, делающие успех реиннервации сомнительным. Оптимальной методикой в поздние сроки считается трансплантация и транспозиция здоровых мышц. Трансплантация мышц является более предпочтительной, чем транспозиция, но возникает необходимость мониторинга гемодинамики пересаженной мышцы. Для реализации этой задачи предложено множество методик: портативный допплер, ультразвуковое допплеровское исследование, имплантируемый допплер, микродиализ, лазерная допплеровская флоуметрия, тканевая оксиметрия и др. Клинические методы оценки малопригодны, поскольку кожная площадка в большинстве случаев отсутствует. Поэтому визуальная оценка состояния мышечного лоскута невозможна. Оптимальная методика должна быть неинвазивной, постоянной и надёжной. Этим параметрам отвечает тканевая оксиметрия.

Цель. Повышение эффективности мониторинга пересаженных мышц у пациентов с длительно существующим параличом мимической мускулатуры.

Методы. Измерения локального насыщения тканей кислородом (rSO2) производили у 14 пациентов в трансплантированных мышцах при параличах мимической мускулатуры. Контроль состояния лоскутов осуществляли с помощью тканевой оксиметрии, портативного и стационарного ультразвукового допплеровского исследования. Для проведения тканевой оксиметрии использовали церебральный и соматический оксиметр INVOS 5100C, производства Covidien, США.

Результаты. В первые часы после реваскуляризации наблюдали повышение значений локального насыщения тканей мышечного лоскута кислородом (rSO2). В последующем оно уменьшалось, тем не менее уровень rSO2 оставался не ниже 50-60%. В одном случае наблюдали тромбоз сосудов лоскута на третьи сутки, что было выявлено тканевой оксиметрией. По данным портативного допплера выслушивали пульсацию анастомозированных сосудов на протяжении. Следует отметить, что в более поздние сроки после операции (2,5-9,5 мес) у обследованных пациентов в пересаженной мышце локальное насыщение кислородом было на 20-30% ниже, чем на интактной стороне лица. Очевидно, данные различия обусловлены фиброзом части мышечных волокон. Тканевая оксиметрия, в основе которой лежит измерение перфузии тканей, позволяет регистрировать значения, отражающие состояние реваскуляризированных тканей в непрерывном режиме, неинвазивно и безопасно для пациента. Особенностью методики является необходимость определения базовых нормальных значений rSO2 для конкретной области тела у каждого пациента. Тканевая оксиметрия – информативный и надежный метод в решении проблемы мониторинга пересаженных мышечных лоскутов при параличах мимической мускулатуры.

Создание тканеинженерной конструкции на основе имплантатов из никелида титана и мезенхимальных стромальных клеток десны для устранения дефектов челюстно-лицевой области

Медведев Ю.А., Люндуп А.В., Баласанова К.В., Золотопуп Н.М., Елистратов П.А., Удалова М.М.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Научно-исследовательский отдел новых технологий в челюстно-лицевой хирургии, Москва

Актуальность: на основании данных клиники ЧЛХ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, существует большое количество пациентов с костными дефектами нижней стенки глазницы и передней стенки гайморовой пазухи. Такие дефекты могут быть следствием травм, резекций челюстных костей вследствие онкологических заболеваний, токсических фосфорных и бисфосфонатных остеонекрозов. Аутогенная трансплантация кости является «золотым стандартом», но нанесение дополнительной травмы и костного дефекта в месте забора материала, увеличение времени оперативного вмешательства ограничивают дальнейшее ее применение. В нашей клинике для устранения плоскостных костных дефектов передней стенки верхнечелюстного синуса и нижней стенки глазницы успешно применяются имплантаты из сетчатого и пористого никелида титана.

Однако, остается нерешенной проблема прямого контакта искусственного материала с полостью верхнечелюстного синуса. Для решения этой проблемы в разные периоды времени челюстно-лицевые хирурги использовали различные подходы такие, как пластика скуловальвеолярного гребня формализованной аллокостью; восстановление слизистой оболочки синуса лоскутом на сосудистой ножке со щеки, свободным расщепленным эпителиальным лоскутом, заимствованным со стороны неба; свободная пересадка интактной слизистой оболочки неповреждённых отделов верхнечелюстного синуса.

При применении данных методик отмечается снижение частоты воспалительных осложнений, удовлетворительные эстетические и/или функциональные результаты у своих пациентов. Однако, поиски подходящего решения по восстановлению утраченных участков слизистой оболочки пазухи и созданию мягкотканого барьера между имплантатом и содержимым синуса продолжаются и с развитием клеточных технологий и тканевой инженерии для этого поиска открываются широкие возможности.

Методом выбора клеточной терапии являются аутологичные мезенхимальные стромальные клетки (МСК) десны, так как они имеют стабильный фенотип, кариотип и теломеразную активность в длительно культивируемых культурах, а также не обладают онкогенным эффектом. Цель: изучить возможность использования сверхэластичных эндопротезов из никелида титана в качестве каркасов для МСК десны. Материалы и методы: в качестве источника МСК использовались ткани десны (подслизистый слой) добровольцев. Каркасами послужили пластины из сетчатого и пористого никелида титана, размером 15 х 15 х 2 мм. Образцы десневого материала размерами 3×3×1 мм получали из клинически здоровой десны, помещали в транспортную среду (D-MEM, а/б). В стерильных условиях предварительно измельченный десневой материал инкубируют в 0,1% растворе коллагеназы II типа при 37°C 16 часов, с последующим удалением эпителия десны. Суспензия клеток фильтровалась через стандартный клеточный фильтр, отмывались и культивировались при 5% CO2 и 37°C в DMEM +10% FBS (DMEM; Gibco-BRL, GrandIsland, NY) (FBS; Gibco-BRL) с добавлением 0.292 mg/ml glutamine (Invitrogen, Carlsbad, CA), 100 U/mlpenicillin G, 100 мкг/ml streptomycin и высевались в 25 см□ флаконы (Costar, Cambridge, MA).Эпителиальные клетки не обнаруживались ни в первичной, ни в пассированных культурах. Были взяты 2 шестилуночные плашки, в которые поместили по 2 сетчатых и по 2 пористых эндопротеза, на каждый из которых были высеяны клетки 2 пассажа в количестве 5x10^5 на каждый образец. Культивировали 7-14 дней до полного заполнения пор и ячеек образцов. Смена культуральной среды и микроскопический контроль осуществлялся каждые 72-96 часов. Результаты исследования: на пористом эндопротезе из никелида титана (пористость 69%, размер пор в диапазоне 0,1□1000 мкм) отмечается полное заполнение микропространств клетками. На сетчатом эндопротезе (размер ячейки 100-250 мкм, диаметр нити 50-60 мкм) отмечается заполнение промежутков между нитями слоем МСК десны на сроке 22 день после их посадки. При окраске гематоксилином и эозином в ячейках обнаружены многослойные клеточные структуры. Таким образом, эндопротезы из никелида титана полностью отвечают требованиям к каркасам для МСК десны.

Выводы: эндопротезы из никелида титана могут служить оптимальными каркасами в качестве носителя МСК десны, которые впоследствии можно внедрять в клиническую практику.

Устранение сегментарных дефектов нижней челюсти после удаления амелобластомы с помощью индивидуальных эндопротезов из никелид титана.

Медведев Ю.А., Цветаев И.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Реконструкция нижней челюсти является одной из акту¬альных и сложных проблем челюстно-лицевой хирургии. Наличие дефекта нижней челюсти сопряжено к серьезным функциональным и эстетическим нарушениям, ведущим к снижению качества жизни. Не до конца решенным аспектом остается выбор технологии реконструктивно-восстановительного оперативного лечения. Сплав на основе никелид титана, разработанный в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск), обладает комплексом уникальных свойств и полностью отвечает биомеханическим и биохимическим критериям для имплантируемых материалов.

Целью нашего исследования является разработка технологии хирургического лечения пациентов с дефектами нижней челюсти после удаления доброкачественных новообразований костной ткани на основе применения индивидуальных эндопротезов из пористого никелид титана. Материалы и методы. К 2014 году клиника челюстно-лицевой хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова располагает 8-ми летним опытом устранения дефектов нижней челюсти с помощью эндопротезов из сверхэластичного никелид титана. Проведено хирургическое лечение 19 пациентов с диагнозом «Амелобластома нижней челюсти», а так же последствиями оперативных вмешательств по поводу удаления доброкачественных новообразований нижней челюсти. Индивидуальный эндопротез состоящий из пористого никелид титана и монолитной части проектируется и изготавливается исходя из данных компьютерной томографии нижней челюсти и построенной стереолитографической модели.

При отсутствии исходных данных проводилось компьютерное моделирование и расчет, принимая во внимание имеющиеся костные и мягкотканые ориентиры и учитывая данные фотоанализа пациентов до оперативного лечения. В зависимости от клинического случая применялась технология одномоментного или отсроченного эндопротезирования нижней челюсти с использованием на первом этапе сетчатого имплантата из никелид титана в качестве префабрикации. Так же сетчатый имплантат использовался в сочетании с индивидуальным эндопротезом для интеграции протеза с мягкими тканями и создания эффекта амортизации для слизистой оболочки полости рта. При дефиците мягких тканей в проекции дефекта нижней челюсти использовался кожно-фасциальный лоскут на сосудистой ножке с боковой поверхности шеи. Фиксация эндопротеза к костным фрагментам осуществлялась за счет титановых минивинтов и скобок из никелид титана с памятью формы (в нескольких плоскостях).

Результаты. Клинически оценивалась степень восстановления функции нижней челюсти по принятым стандартам, эстетики. Результаты признаны удовлетворительными, период наблюдения от 3 месяцев до 8 лет. В двух наблюдениях отмечены гнойно-воспалительные осложнения в раннем послеоперационном периоде, однако после проведения консервативного местного лечения достигнуто полное заживление с сохранением эндопротеза.

Выводы. Мы считаем, что применение индивидуальных эндопротезов из никелид титана для устранения сегментарных дефектов нижней челюсти является хорошим альтернативным методом реконструктивно-восстановительного оперативного лечения, что позволяет полноценно восстанавливать утраченные анатомо-функциональные возможности нижней челюсти.

Реконструкция дефектов тканей дна полости рта

Мошуров И.П., Савенок Э.В., Ходорковский М.А., Панов Е.Д., Петров Б.В., Подоскин А.А.

Воронежский областной клинический онкологический диспансер, Воронежская областная клиническая больница 1, Воронеж

Лечение рака слизистой оболочки дна полости рта и языка в III стадии забо-левания или рецидиве в 60-70% случаев требует оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Авторы располагают опытом хирургической реабилитации девяти па-

циентов мужского пола (в возрасте от 54 до 59 лет) с ре-цидивами рака слизистой оболочки дна полости рта, после химиолучевого лече-ния (СОД – 70 Гр). Дефекты возникали в результате радикального удаления зло-качественных новообразований и устранялись первично. В шести случаях путем микрохирургической аутотрансплантации лучевого лоскута предплечья. В трех наблюдениях кожно-мышечным лоскутом с передней поверхности шеи. В пяти наблюдениях отмечено поражение боковой части дна полости рта с инфильтраци-ей средней трети боковой поверхности языка. У четырех пациентов опухоль за-нимала передний отдел дна полости рта. При этом нижняя челюсть в опухолевый процесс не вовлекалась.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Полное приживление пересаженных ауто-трансплантатов получено у всех пациентов. Все пациенты свободно питаются и разговаривают, в том числе и по телефону. Сроки пребывания больных в стацио-наре составили от 16 до 20 дней. В сроки наблюдения от 6 месяцев до 3 лет, при-знаков продолженного роста и рецидива опухоли не выявлено.

ВЫВОДЫ. Таким образом, замещение дефектов дна полости рта путем микрохирургической аутотрансплантации лучевого лоскута предплечья и кожно-мышечным лоскутом с передней поверхности шеи являются способами пластики, позволяющих получить равноценные функциональные и эстетические результа-ты. Однако использование лоскута с передней поверхности шеи уменьшает про-должительность операции на 2-3 часа.

Отдаленные десятилетние результаты орофарингопластики висцеральными аутотрансплантатами у онкологических больных

Решетов И.В., Кравцов С.А., Ратушный М.В., Голубцов А.К., Маторин О.В., Поляков А.П., Севрюков Ф.Е., Филюшин М.М., Васильев В.Н., Ребрикова И.В.

ФГБУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена М3 РФ, Москва

Введение: в результате успешного развития онкологической помощи существенно улучшились результаты выживаемости больных со злокачественными опухолями орофарингеальной локализации. Одним из перспективных направлений современной онкологии является необходимость выполнения реконструктивно-пластических операций на этапе хирургического лечения онкологических больных со злокачественными опухолями. Благодаря этому, значительно сокращаются сроки и качество реабилитации пациентов, а также, снижается уровень инвалидизации оперированных больных.

Материалы и методы: В Московском научно-исследовательском онкологическом институте имени П.А. Герцена в период 1995-2014 г.г. накоплен опыт хирургического лечения 177 пациентов со злокачественными опухолями орофарингеальной зоны в возрасте от 15 до 69 лет. Преобладал плоскоклеточный рак. У 70% больных была установлена III-IV стадия заболевания. В 30% случаев больные были оперированы по поводу рецидивных опухолей после химиотерапии и лучевой терапии.

Во всех случаях были сформированы обширные дефекты слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. Для восстановления удаленной слизистой оболочки и мягких тканей нами использовались фрагменты органов брюшной полости (висцеральные аутотрансплантаты): желудочно-сальниковый лоскут – 90, толстокишечно-сальниковый лоскут из фрагмента поперечной ободочной кишки – 60, тонкокишечный лоскут – 26, лоскут из фрагмента сигмовидной кишки – 1. Результаты: сроки наблюдения за оперированными пациентами колеблются от 2 месяцев до 16 лет. В 5% наблюдений был отмечен некроз аутотрансплантата. Питание через рот было восстановлено у 93% оперированных больных после аутотрансплантации висцеральных лоскутов. Существенных осложнений со стороны органов брюшной полости мы не отметили. Общая пятилетняя выживаемость оперированных больных составила 34%. Не смотря на преобладание местно-распространенных и рецидивных опухолей десятилетние результаты выживаемости составили более 16%.

В настоящее время под наблюдением находится несколько пациентов в сроки от 10 до 16 лет после операции. В отдаленные сроки после операции двум пациентам пришлось выполнять операции по ликвидации рубцовых стенозов на уровне глоточных анастомозов. У одной пациентки через 5 лет после операции возник рак в полости рта на слизистой пересаженного желудочно-сальникового лоскута, что потребовало выполнение повторной операции. В настоящее время пациентка находится под наблюдением, прошло 16 лет с момента первой

операции.

Заключение: наличие группы больных перешагнувших десятилетний рубеж после операций, находившихся на грани операбельности, свидетельствует о том, что применение сложных реконструктивных операций, значительно расширяет границы резектабельности опухолей и улучшает результаты лечения данной категории больных.

Применение метода аутотрансплантации висцеральных лоскутов способствует улучшению качества жизни пациентов и скорейшей их медицинской и социальной реабилитации.

Микрохирургическая реконструкция при лечении злокачественных новообразований полости рта.

Решетов И.В., Поляков А.П.

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

Цель: Удаление распространенных злокачественных опухолей дна полости рта и орофациальной зоны создает сочетанные обширные дефекты челюстно-лицевой зоны. Их устранение является актуальной проблемой реконструктивно-пластической хирургии.

Материалы и методы: Предложен метод микрохирургической реконструкции тканей орофациальной зоны после радикального удаления злокачественных опухолей с использованием реберно-мышечных лоскутов. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена с 1991 по 2014г. выполнена микрохирургическая реконструкция нижней челюсти после удаления злокачественных опухолей полости рта у 132 больных. Практически все пациенты имели III (35%) и IV (60%) стадию заболевания. Первичные опухоли были отмечены у 23,4% пациентов рецидивные опухоли у 51 46%, послеоперационные дефекты у 35 31,6% больных. Для пластического закрытия послеоперационных дефектов после орофациальных резекций использовано 79 реберно-мышечных аутотрансплантата, 18 подвздошных, 3 лопаточных, 30 малоберцовых, 3 реберно-лопаточных лоскута.

Результаты: Послеоперационная летальность составила 1,48%. Тотальные некрозы аутотрансплантатов отмечены в 5,1% наблюдений. Завершенность пластики составила 97,3%. Функционально реабилитированы 72,2% больных, социально- 38%. Положительный косметический достигнут в 86,5 %., вернулись к труду 30,8%.

Заключение: микрохирургическая реконструкция полости рта и нижней челюсти обеспечивает функциональную и трудовую реабилитацию больных с опухолями социально важных локализаций без ущерба для проведения специализированной противоопухолевой терапии.

Способ реконструкции органов аэродигестивного тракта аутологичными биоинженерными лоскутами

Решетов И.В., Поляков А.П., Филюшин М.М., Ребрикова И.В.

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

Введение: учитывая анатомо-функциональные особенности аэродигестивного тракта, хирургическое вмешательство любого объёма приводит к значительным функциональным и косметическим дефектам, что требует проведения реконструктивно-пластических операций, целью которых является полноценное восстановление органов и тканей, а так же их функций.

Цель работы: разработать способ реконструкции органов аэродигестивного тракта аутологичными биоинженерными лоскутами с восстановлением тканей по морфо-функциональному принципу. Материалы и методы. В Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А. Герцена 26 пациентам в возрасте от 27 до 76 лет проведена реконструкция аэродигестивного тракта аутологичными префабрицированными слизисто-мышечными биоинженерными лоскутами. Всем больным на этапах специализированного противоопухолевого лечения по поводу опухолей были выполнены операции с формированием обширных комбинированных дефектов тканей. 20ти пациентам реконструкция выполнялась в 2 этапа. На первом этапе производилась префабрикация лоскута путем имплантации микрографтов аутологичной слизистой оболочки твердого неба на фасцию мышцы, вторым этапом в сроки от трех до шести недель выполнялась реконструкция органа. В 6ти случаев выполнялась одномоментная префа-

брикация лоскута и восстановление органа.

Для реконструкции использовались свободные лоскуты из волокон прямой мышцы живота (n=3), перемещенные лоскуты из волокон большой грудной мышцы (n=18), из волокон широчайшей мышцы спины (n=2), местно-перемещенные лоскуты полости рта (n=3). Результаты: морфологическое исследование трансплантатов на 30, 45, 60е сутки после префабрикации показало формирование полноценного эпителия на фасции мышцы в 81 % (n=21) случаев. У всех пациентов в послеоперационном периоде после реконструкции отмечено полное приживление лоскутов. В 88% (n=23) случаев отмечено полное восстановление функции органов. У 3 пациентов послеоперационный период осложнился образованием лигатурных свищей, которые после проведения консервативной терапии закрылись в сроки от 12 до 24 дней без отрицательного влияния на биоинженерный трансплантат.

Выводы: разработанный способ реконструкции органов аэродигестивного тракта биоинженерными лоскутами позволяет улучшить результаты устранения сложных сочетанных дефектов, обеспечивает полноценную анатомическую и функциональную реабилитацию.

Реимплантация тканей лица при хирургическом лечении рака пазух полости носа

Решетов И.В., Ратушный М.В., Поляков А.П., Бабаскина Н.В.

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

Склонность рака придаточных пазух носа к упорному рецидивированию, относительно высокая резистентность большинства из них к лучевой и лекарственной терапии определяют сложность лечения данной онкологической патологии.

В настоящее время расширенное хирургическое вмешательство в комбинации с химиотерапией и лучевой терапии позволяет достичь хороших онкологических и функциональных результатов лечения. В МНИОИ им. П.А.Герцена накоплен опыт лечения пяти пациентов с злокачественными опухолями придаточных пазух носа, которым на этапе хирургического лечения была произведена реимплантация тканей лица. В ходе операции производится битемпоральный разрез кожи волосистой части головы с продлением разреза в впередиушную область.

Ткани лобной области и лица мобилизуются вниз, открывая широкий хирургический доступ к структурам орбиты, полости носа и околоносовым пазухам, При мобилизации тканей лица выделяется и пересекается ствол лицевого нерва, что позволяет наиболее адекватно визуализировать структуры лицевого отдела черепа пораженные опухолью и произвести удаление опухоли. После завершения резекционного этапа с использованием микрохирургической техники формируется анастомоз между пересеченными отрезками ствола лицевого нерва. Далее ткани лица возвращаются в исходное положение и ушиваются.

Результатом данной операции является возможность выполнения радикального объема операции при достижении удовлетворительного косметического результата и сохранением функциональности мягких тканей лица. Все пациенты на данный момент живы, находятся под динамическим наблюдением. Признаков рецидивирования заболевания нет.

Варианты реконструкции при фарингоэзофагостомах

Ходорковский М.А., Петров Б.В., Скорынин О.С., Ходорковский М.М.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронежская областная клиническая больница 1 , Воронежский областной клинический онкологический диспансер, Воронеж

Несмотря на постоянное совершенствование методов комбинированного лечения распространенного рака верхних отделов аэродигестивного тракта, обширные зияющие дефекты гортаноглотки и шейного отдела пищевода являются отнюдь не редким осложнением.

Частота возникновения фарингоэзофагостом достигает 23 %. Авторы располагают опытом лечения 25 пациентов с фарингоэзофагостомами (24 мужчины и 1 женщина) в возрасте от 34 до 73 лет. Основной причиной возникновения фарингоэзофагостом было комбинированное лечение рака гортани (22), рака гортаноглотки (2), малигнизиро-

ванной бранхиогенной кисты (1). Все пациенты получили лучевую терапию по лечебной программе (СОД от 40 до 72 Гр). В 20 случаях фарингоэзофагостомы возникли как осложнение после ларингэктомии, в 5 наблюдениях - сформированы на завершающем этапе радикальной операции. Шейная лимфодиссекция была ранее выполнена 19 пациентам.

Период времени от возникновения фарингоэзофагостомы до обращения к пластическому хирургу составил от 2 до 16 месяцев. Семь пациентов обратились за помощью после перенесенных ранее неудачных попыток реконструкции местными тканями и лоскутом на питающей ножке. Практически у всех больных имелись патологические изменения покровных тканей в зоне дефекта: мацерация слюной и мокротой из трахеостомы, контактный дерматит, рубцовая атрофия кожи и фиброз подкожной клетчатки, лучевой дерматит, экзема. При выборе способа замещения дефекта учитывались его размеры, наличие и состояние мягкотканной выстилки задней и боковых стенок гортаноглотки, состояние потенциальных донорских областей и реципиентных сосудов, а также предполагаемый срок лечения при его многоэтапности. Нами использованы 3 способа реконструкции. 1-й способ (6 пациентов) включал в себя замещение дефекта внутренней выстилки местными тканями путем мобилизации слизистой боковых стенок гортаноглотки с последующим наложением двухрядного шва рассасывающейся монофильной атравматической нитью 4/0. Дефект наружных покровов шеи был замещен дельто-пекторальным кожно-фасциальным лоскутом на медиальном основании. Для профилактики инфицирования лоскут формировался в виде стебля с площадкой на дистальном его конце, которая соответствовала по форме и размерам кожному дефекту.

После полного приживления лоскута и его тренировки выполнялся 2-й этап реконструкции – отсечение стебля у основания и удаление избытка тканей. 2-й способ применялся у 3 больных с наличием патологических изменений кожи на передней поверхности грудной клетки и отличался от предыдущего методикой замещения дефекта наружных покровов. В качестве пластического материала был использован кожно-фасциальный лучевой лоскут предплечья. 3-й способ использован в 16 наблюдениях, когда боковые стенки гортаноглотки отсутствовали и сохранялась только узкая полоска слизистой по задней стенке.

Замещение дефекта произведено путем микрохирургической аутотрансплантации лучевого лоскута предплечья, сформированного в виде двух кожных элементов на общем фасциальном основании. Данный вариант восстановительной операции целесообразно применять у больных с обширными дефектами, при сочетании фарингоэзофагостомы с рубцовым заращением глотки, после неудачи пластики 1-м способом. У всех больных после выполнения реконструкции 1-м и 2-м способом получено полное приживление дельто-пекторального и лучевого лоскутов на шее. У 5 пациентов в послеоперационном периоде образовались свищи по линии кожного шва, зажившие самостоятельно в сроки от 3 до 6 недель.

При использовании 3-го способа восстановительной операции полное приживление лоскутов получено в 15 наблюдениях, у 5 больных также возникли свищи по линии кожного шва, зажившие самостоятельно. У одного пациента наступил некроз наружного кожного элемента лучевого лоскута с формированием щелевидного свища размерами 0,5 × 2 см.

После некрэктомии и очищения раны дефект был замещен дельто-пекторальным лоскутом. Свищ закрылся самостоятельно через 8 недель. Таким образом, выбор способа реконструкции у пациентов с обширными зияющими дефектами гортаноглотки и шейного отдела пищевода требует дифференцированного подхода, с учетом анатомических особенностей дефекта и окружающих его тканей.

Комплексный подход в хирургическом лечении больных с дефектами носа после лечения онкологических больных.

ФГБУ ЦНИИСиЧЛХ

Вербо Е.В., Брусова Л.А., Горкуш К.Н.

Дефекты носа одна из самых распространенных патологий среди пациентов челюстно-лицевой области , одна пятая таких пациентов приобретают данную патологию после лечения по поводу онкологических заболеваний (имеет этиологию онкологического характера)

При лечении таких пациентов необходимо не только устранить сам дефект, но и сделать сформированный нос максимально гармонирующим

с лицом человека, восстановить его дыхательную функцию, а так же сократить до минимума донорский ущерб.

Цель исследования:

Разработка алгоритма пластического устранения дефектов носа в зависимости от характеристики дефекта и имеющегося донорского ущерба.

Материалы и методы:

В период с 2004 по 2014 гг. В отделении челюстно- лицевой хирургии ФГБУ ЦНИИСЕ и ЧЛХ наблюдалось 48 пациентов сч дефектами носа после лечения по поводу онкологических заболеваний, из них 15 человек после неудачных попыток хирургического лечения проведенного с целью устранения дефекта носа в других лечебных учреждениях.

Осложнения, как правило, возникают в следствие неправильного планирования таких этапов хирургического лечения как: определение размеров лоскута, место его выкраивания и позиционирования относительно питающей ножки, а также правильное распределение очередности этапов хирургического лечения и сроков их проведения.

С целью планирования тактики хирургического лечения в предоперационном периоде проводятся следующие исследования:

- мультиспиральная компьютерная томография костей лицевого скелета, для оценки состояния опорно-контурных структур носа.

- ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов лица, для определения качественных и количественных показателей основных характеристик кровотока сосудистой ножки лоскута.

- допплеровское исследование с целью отслеживания хода сосуда

-изготовление гипсовых либо стереолитографических моделей лица с последующим моделированием воскового шаблона наружного носа.

После проведения данных исследований определяется объем и форма дефекта и возможный метод его устранения

В послеоперационном периоде, с целью оценки состояния лоскута, проводилась лазерная допплеровская флоуметрия. Учитывая показатели последней, допплеровской флоуметрии определялись сроки отсечения питающей ножки и очередных этапов хирургических вмешательств с целью коррекции пластически восстановленного носа.

Результаты исследования

1) За счет идентичности цвета и качества кожи, использование регионарных тканей позволяет получить оптимальный эстетический результат при формировании наружного носа.

2) Неоспоримым плюсом при выборе донорской зоны в области лба, для устранения тотальных дефектов носа, является отсутствие вынужденного положения больных на этапах операций.

3) Доказана возможность уменьшения донорского ущерба и применение в качестве донорского материала различных слоев данной зоны (надкостничный лоскут, кожно-фасциальный, кожно-мышечный и т.д.)

4) По данным ультразвукового дуплексного сканирования сосудов и определения четких границ прохождения сосудистого пучка, стало возможным выкраивание лоскута необходимой формы, и размеров, независимо от ранее принятых нормативов формирования осевых лоскутов.

5) При помощи ЛДФ диагностики на всех этапах пред- и послеоперационного периода оценивалась жизнеспособность тканей лоскута, в результате чего было доказано, что при правильном выделении сосудистого пучка, кровоснабжение лоскута даже на ранних этапах после операционной реабилитации не достигает критических значений.

6) Так же была выявлена следующая закономерность:

- показатели микроциркуляции в лоскуте на питающей ножке соответствуют норме в среднем на 60 ± 5 сутки, что указывает на возможность проведения 2ого этапа - отсечения питающей ножки.

- оптимальные сроки повторных хирургических вмешательств с целью коррекции лоскута не менее 6 месяцев

7) В последовательности оперативных вмешательств, при устранении дефекта носа важно планировать установку силиконового имплантата или хрящевого аутотрансплантата на заключительных этапах, т.к. повторное вмешательство может привести к инфицированию и потере лоскута.

8) Важным условием для избежания вторичной рубцовой атрезии носовых ходов, является использование носовых вкладышей после каждого этапа хирургического лечения

Выводы: Использование региональных лоскутов в совокупности с предоперационным комплексом мероприятий - оптимальный выбор при устранении дефектов носа, как для восстановления функционального компонента так и для получения максимального эстетического результата

Топографо-анатомическое обоснование применения лоскутов шеи на перфорантных сосудах при устранении постонкологических дефектов челюстно-лицевой области.

ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ

д.м.н. Вербо Е.В., Филиппов И.К., к.м.н. Гилёва К.С.

Подходы в лечении дефектов лица прошли определённую эволюцию от простых методик (филатовские стебли, осевые лоскуты), до более сложных (свободные реваскуляризируемые аутотрансплантаты). За последние годы отчётливо прослеживается тенденция преобладания использования перфорантных реваскуляризируемых аутотрансплантатов, основанных на идентифицированном перфорантном кровоснабжении. Популяризация использования перфорантных лоскутов обоснована прежде всего доказанной минимизацией донорского ущерба, по сравнению с традиционно формируемыми трансплантатами. В публикациях последних лет можно встретить единичные исседования посвящённые отдельно взятым перфорантам лица. На основе данных ангиосомов предложено применение небольших по объёму перфорантных лоскутов для устранения ограниченных дефектов носа. В этой связи у нас вызвал большой интерес к изучению перфорантных сосудов шеи, так как используя данные ангиосомные связи возможно предложить новый дизайн формирования кожно-фасциально-мышечных лоскутов шеи, обеспечивая достаточный объём и абсолютную идентичность тканевого материала по текстуре и цвету, одновременно с этим минимизируя донорский ущерб.

Материалы и методы.

Всего было подвергнуто исследованию 10 нефиксированных трупов в возрасте от 31 до 88 лет. Послойная препаровка с контрастированием сосудов жидкими нерентгеноконтрастными (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий) красителями была произведена на 20 трупных материалах, что позволило детально изучить особенности перфорантного кровоснабжения тканей подключичной и шейной областей. Выявить наиболее значимые перфорантные сосуды шеи и предложить методику формирования перфорантных лоскутов шеи с включением перфоранта от подподбородочной артерии - центральный отдел шеи; и от надключичной артерии шеи – нижне-боковой отдел шеи. По предложенным методикам прооперировано 5 пациентов с хорошим результатом оперативного лечения.

Результаты исследования.

В надключичной области был идентифицирован перфорантный сосуд, берущий своё начало от надключичной артерии шеи, обеспечивающий надёжное подкожное кровоснабжение нижнебоковых отделов шеи, надключичной области и верхней трети наружной поверхности плеча, что позволяет формировать обширные лоскуты для устранения дефектов лица и шеи. В подподбородочной области находится наиболее значимый перфорант исходящий от подподбородочной артерии перпендикулярно коже через переднее брюшко двубрюшной мышцы. Включение данного перфоранта в кожно-мышечный лоскут с подкожной мышцей шеи даёт гарантированное обеспечение перфорантного кровотока, что в свою очередь ведёт к минимилизации негативных результатов операции.

Выводы: Наиболее значимыми перфорантами передней и боковой поверхностей шеи, обеспечивающих надёжное кровоснабжение кожно-фасциальных и кожно-мышечных лоскутов шеи являются перфоранты от подподбородочной и надключичной артерии шеи. Лоскуты формируемые на основе этих перфорантных сосудов имеют тонкую сосудистую ножку, высокую мобильность, достаточный размер и низкий донорский ущерб, что позволяет рекомендовать их для устранения мягкотканных дефектов лица и шеи.

Метод эндовидеоассистирования в реконструктивной хирургии краниоорбитальных повреждений

Левченко О.В., Давыдов Д.В., Каландари А.А., Годков И.М., Крылов В.В.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва

Введение. В структуре черепно-мозговой травмы (ЧМТ) 11,4 % приходится на краниоорбитальные повреждения (КОП). Хирургическое лечение данных повреждений за последние 10 лет претерпело существенные изменения. Стремление к уменьшению инавазивности и травматичности оперативно-

го вмешательства, значительному снижению риска возникновения послеоперационных осложнений привело к внедрению нового метода в реконструктивную хирургию КОП в виде эндовидеоассистирования.

Цель. Оценить возможности видеоэндоскопии при хирургическом лечении пациентов с дефектами и деформациями лобной кости и стенок орбиты.

Материалы и методы. В отделении неотложной нейрохирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с августа 2011г. по февраль 2014 г. с использованием методики эндовидеоассистенции оперировано 22 больных с дефектами и деформациями лобной кости и стенок орбиты.

Первую группу составили 17 пациентов с изолированными вдавленными переломами передней стенки лобной пазухи. Дооперационное обследование включало клинико-неврологический осмотр, рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) в аксиальной и фронтальной плоскостях с последующей 3D-реконструкцией. Основными причинами получения травмы являлись дорожно-транспортный травматизм (40%) и удар тупым предметом (60%). Возраст больных варьировал от 18 до 45 лет. При хирургическом лечении пострадавших с вдавленными переломами передней стенки лобной пазухи использовали кожный разрез длиной до 5 см, проведенный на 1 см кзади от волосистой части головы. Затем под контролем эндоскопа осуществляли поднадкостничный доступ к месту перелома, после чего удаляли отломки и измененную слизистую лобной пазухи. Для восстановления контура передней стенки лобной пазухи использовали титановую пластину, фиксацию которой обеспечивали чрескожно проведенными микровинтами.

Вторую группу составили 5 пациентов с переломами стенок орбиты различного характера. Основными причинами получения травмы являлись удар тупым предметом (60%), взрыв газового баллона (20%) и огнестрельное ранение глазницы (20%). Возраст больных варьировал от 16 и 34 лет. В случае оперативного лечения пациентов с переломами верхней стенки орбиты выполняли линейный разрез кожи и мягких тканей в надбровной области. Затем накладывали трефинационное отверстие в передней и задней стенках лобной пазухи. Далее под контролем эндоскопа осуществляли экстрадуральный доступ к месту перелома. Интракраниально смещенный отломок удаляли. Затем выполняли пластику дефекта верхней стенки орбиты титановой пластиной, фиксированной биоклеем Duraseal.

Хирургическое лечение пациента с переломом медиальной стенки орбиты и инородным телом (пулей) решетчатой кости осуществляли по средством трансорбитального эндоскопического доступа. Результаты. У всех пациентов удалось выполнить реконструкцию краниоорбитальной области, а также пластику стенок орбиты и достичь хороших функциональных и косметических результатов. Лишь у одного пациента с переломом передней стенки лобной пазухи потребовалась инверсия с эндоскопического доступа в открытый коронарный. Продолжительность оперативных вмешательств с использованием методики эндовидеоассистирования не превышала операции, где использовался коронарный разрез. Каких либо послеоперационных осложнений зафиксировано не было.

Заключение. Использование метода эндовидеоассистирования в реконструктивной хирургии краниоорбитальных повреждений позволяет достичь высокой радикальности операций, избежать обширных послеоперационных рубцов, сократить сроки пребывания больного в стационаре.

СТОМАТОЛОГИЯ

Клинические проявления и методы диагностики лейкоплакии слизистой оболочки рта

Рабинович О.Ф., Бабиченко И.И., Рабинович И.М., Тогонидзе А.А.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Лейкоплакия относится к одному из немногих проявлений предонкологических состояний в полости рта, характеризующихся хроническим течением и поражающих слизистую оболочку рта и красную кайму губ. Факторы, приводящие к развитию лейкоплакии многообразны. Для лейкоплакии характерно наличие очагов гиперкератоза с явлениями хронического воспаления в зонах, в норме не подвергающихся ороговению. Общепризнанна принадлежность лейкоплакии к предракам как длительно существующим атрофически-дегенеративным пролиферативным изменениям ткани неспецифической природы.

Целью настоящего исследования явилось повышение качества диагностики различных форм лейкоплакии на основании клинических данных и иммуногистохимического исследования.

Материалыи методы исследования. Для достижения поставленной цели в отделении заболеваний слизистой оболочки полости рта ЦНИИС и ЧЛХ было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 47 пациентов в возрасте от 35 до 80 лет, из них 25 женщин и 22 мужчин. Диагноз лейкоплакия ставился основываясь на данных, полученных при клиническом осмотре, гистологического и иммуногистохимического исследования. Гистологическая оценка исследуемого материала была выполнена по классификации ВОЗ от 2005г. согласно которой возможно выявить четыре вида изменений- лейкоплакию без атипии (плоскоклеточная гиперплазия), плоскоклеточную интраэпителиальную неоплазию 1-й степени (SIN1), плоскоклеточную интраэпителиальную неоплазию 2-й степени (SIN2) и плоскоклеточную интраэпителиальную неоплазию 3-й степени (SIN3). С целью выявления самых ранних признаков диспластических изменений в клетках эпителия в нашей работе мы применяли иммуногистохимический метод исследования биоптатов, взятых с элементов поражения.

Благодаря этому методу мы смогли проследить связь развития лейкоплакии от гиперплазии с гиперкератозом до плоскоклеточного рака в эпителиальных клетках многослойного плоского эпителия, выявляя антигены вируса папилломы человека высокого риска HPV16 и белки, ассоциированные с HPV -P16INK4a. Выявление папилломавирусной инфекции при лейкоплакии позволяет решать не только вопросы ее генеза, но и является морфологической основой для проведения эффективной профилактики и лечения этого часто встречающегося заболевания слизистой оболочки рта.

Интраопрационное непосредственное протезирование – ключевой фактор успеха при имплантологической реабилитации пациентов.

Научный Центр ИнВосСтом г. Москва., Кафедра ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики ГОУ ДПО КГМА МЗ РФ, г. Казань

Солодкий В.Г, Путь В. А., Хышов В.Б., Калашникова О.Ю. Ильичёв Е.А.

Введение. В историческом аспекте несъёмное протезирование мостовидными конструкциями протезов существует по разным данным более 2000 лет, и это мера, вынужденная. Протокол имплантации с интраоперационным временным протезированием в область отсутствующих и в лунки удаляемых зубов, наиболее востребован среди пациентов. Для большинства пациентов такой протокол интраоперационного протезирования может оказаться определяющим в повышении уровня и качества жизни. Пациенты начинают пользоваться протезами сразу после операции имплантации. Хорошо изученное, но недостаточно широко применяемое в РФ клиническое и научное междисциплинарное направление: «интраоперационное непосредственное протезирование с опорой на дентальные имплантаты» существует с 1989 года и активно развивается во многих странах мира Branemark Institute ЮАР, Бразилия, Чили, США, Европейские страны.

Цель исследования. Создание единого протокола непосредственного интраоперационного протезирования с опорой на имплантаты.

Материалы и методы. Методы и технологии предпротезной восстановительной хирургии (ПВХ) включают в себя 14-16 видов хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области. Этап планирования реализует возможность установки заранее приготовленных ортопедических конструкций в полости рта или операционной ране, то есть непосредственным интраоперационным протезированием. Этого можно добиться, применяя интраоперационное ортопедическое позиционирование оси интерфейса имплантат – абатмент. Происходит максимальное упрощение ортопедического протокола. Реализуется возможность непосредственного протезирования в абсолютном большинстве случаев. И в дальнейшем – работа без использования угловых абатментов. Протез так же может фиксироваться как сразу интраоперационно, так и в раннем послеоперационном периоде 1-5 сутки после операции - отсроченное непосредственное протезирование. Данные методики позволяют достичь полноценной первичной стабильности имплантата при усилии инсталляции имплантата от 25 до 45Н/см, что позволяет одновременно проводить непосредственную функциональную нагрузку временными протезными супраструктурами в полости рта. Непосредственная имплантация включает в себя такие понятия как: непосредственное интрао-

перационное протезирование, интраоперационное позиционирование оси интерфейса имплантат – абатмент, винтовая фиксация.

Заключение: Уровень требований к команде специалистов занимающейся непосредственным интраоперационное протезированием и многоэтапной стоматологической реабилитацией высок. Необходим опыт работы в челюстно-лицевой хирургии, достаточная квалификация специалистов, умение работать в команде, комбинируя различные методы предпротезной восстановительной хирургии. Важнейший фактор успеха - наличие в клинике анестезиологической службы.

Таким образом, имплантация и методика непосредственного интраоперационного протезирования расширяет возможности стоматологической и челюстно-лицевой реабилитации и является одним из наиболее активно развивающихся направлений в ПВХ. В данном случае ВРЕМЯ врача и пациента является ключевым фактором успеха.

Протокол трансскуловой имплантации – хирургические аспекты, седация в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Научный Центр "ИнВосСтом" г. Москва, ФГКУ "ЗЦВКГ им.А.А.Вишневского" Минобороны России. г. Красногорск.

Хышов В.Б., Путь В. А., Ильичёв Е.А., Кумачков Д.А., Солодкий В.Г.

Введение. В первую очередь инвалидов с поражением челюстно-лицевой области и пациентов старше 50 лет (особенно у людей с полным отсутствием зубов) существуют проблемы с фиксацией съёмных протезов на верхней челюсти. Существует ряд проблем, главная из них недостаток объёма кости. Особенно это актуально у пациентов с выраженной формой атрофии верхней челюсти Класс IV-V Cawood & Howell (1985). Для решения поставленных задач успешно применяются протоколы трансскуловой ангулярной имплантации и интраоперационного протезирования. Данное направление с 1989 года активно развивается во многих странах мира Branemark Institute ЮАР, Бразилия. Чили, Япония. С 2010 zygomatic550 устанавливаются и в РФ. В связи с тем, что протоколы трансскуловой имплантации выполняются как правило опытными челюстно-лицевыми хирургами, данная технология к сожалению, ограниченно применяется в амбулаторной стоматологической практике.

Цель исследования. Оценка возможностей и эффективности применения методов ангулярной имплантации, разработка и внедрение протоколов трансскуловой имплантации.

Материалы и методы. Термин «ангулярная имплантация» или «ангулярные имплантаты (angulated implants)» означает установку имплантатов под определенным углом относительно вертикальной оси (плоскости) альвеолярного отростка и вертикального вектора функциональной нагрузки. Расположение имплантата zygomatic550 и угол его наклона определяется наличием костных тканей, обеспечивающих установку и первичную стабильность имплантата в обход верхнечелюстного синуса. Приоритетным направлением в ангулярной имплантации является реабилитация верхней челюсти с использованием имплантатов zygomatic550, позволяющих реабилитировать пациентов не только при выраженных степенях атрофии, но и при политравме средней трети лица, а также при резекциях челюстей по поводу удаления новообразований. При установке имплантатов Zygomatic55 основными критериями являются следующие 2 аспекта: определение любой патологии в гайморовых пазухах, толщина антральной слизистой оболочки не должна превышать 6 мм, также необходима оценка состояния скуловой кости. Лечение осуществляется под сбалансированной седацией и местной анестезией, а также под общими наркозом, при онкологических операциях и травме лицевого скелета. Показанием к седации является выраженная дентофобия пациента, соматическая патология в стадии компенсации и декомпенсации, объём и длительность проводимого вмешательства. Основанием для принятия решения о проведении седации является безопасность лечения и возможность ускорения хирургических протоколов.

Заключение: Важнейший фактор успеха - наличие в клинике анестезиологического пособия. Использование ангулярных трансскуловых имплантатов позволяет сократить сроки стоматологической реабилитации и уменьшает травматизм проводимых операций. Таким образом, протокол трансскуловой имплантации расширяет возможности стоматологической и челюстно-лицевой реабилитации и является одним из наиболее активно развивающихся направлений в предпротезной восстановительной хирургии. Однако на первое

место здесь выходит опыт работы бригады специалистов, слаженность действий на этапе непосредственного протезирования. Требуется обучение специалистов протоколам трансскуловой имплантации.

Протокол трансскуловой имплантации ортопедические аспекты – интраоперационное непосредственное протезирование. Zygomatic oncology implants protocol.

Научный Центр ИнВосСтом г. Москва.

Коротик И.О., Сельский Н.Е., Путь В. А., Солодкий В.Г Варданян Б.Г.

Введение. Неоспоримым преимуществом применения имплантатов является то, что пациент начинает пользоваться протезами сразу после операции имплантации. Пациенты страдают при политравме челюстей и постонкологических резекциях, когда протезирование крайне затруднено из-за поражения анатомических образований верхней челюсти, которые могут обеспечить фиксацию и стабилизацию протезов. Реализуется возможность установки заранее приготовленных ортопедических конструкций в полости рта или операционной ране непосредственное интраоперационное протезирование. Приоритетным направлением в ангулярной имплантации является реабилитация верхней челюсти с использованием имплантатов zygomatic550. Имплантаты Zygomatic 55 в комплексе реабилитационных мероприятий у пациентов с обширными постоперационными и травматическими дефектами средней зоны лицевого скелета на сегодняшний день являются наиболее прогрессивными и востребованными конструкциями у челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов. Широко развиваются методы экто и эндопротезирования средней зоны лица как альтернативный подход к устранению обширных дефектов верхней челюсти и органов лица.

Цель исследования. Разработка и внедрение ортопедических протоколов ангулярной имплантации Zygomatic Implants Protocol, оценка возможностей непосредственного интраоперационного протезирования.

Материалы и методы: Предварительное оперативное обследование и планирование всего лечения должно быть разработано командой специалистов, ответственных за полное лечение пациента, при участии стоматолога-ортопеда совместно с челюстно-лицевым или черепно-лицевым хирургом. Прежде всего, рассматривается полная медицинская и стоматологическая история пациента, определяется наличие мягких тканей, патологий твердых тканей и обеспечение того, что верхнечелюстные пазухи не имеют клинических симптомов. Кроме того, должны быть отмечены взаимоотношение челюстей и структура, а также величина резорбции. Основные показания для размещения имплантата Zygomatic 55:

1. Пациенты, у которых имеется полная или умеренная атрофия альвеолярного гребня.
2. Пациенты, которые имеют односторонний или двусторонний концевой дефект зубных рядов верхней челюсти с умеренной и тяжелой атрофией кости.
3. Пациенты, которые подвергались абляционной онкологической хирургии или пострадавшие отрывными переломами в средней трети лицевого скелета.

Интраоперационно (после оперативного вмешательства) в полости рта адаптируются несъёмные предварительно изготовленные протезы. Либо по второму протоколу, после снятия слепков и определения центральной окклюзии протез фиксируется в раннем послеоперационном периоде 1-5 сутки после операции - отсроченное непосредственное протезирование. Реализуется возможность непосредственного протезирования в абсолютном большинстве случаев. И в дальнейшем – работа без использования угловых абатментов.

Заключение. В данном исследовании применены имплантаты zygomatic550. и zygomatic550. oncology с угловой платформой для создания опорных ортопедических элементов на атрофированной верхней челюсти у пациентов и после абляционной окологической хирургии на верхней челюсти. Протоколы интараоперационного протезирования с опорой на имплантаты как правило разработаны для атрофированных челюстей, поэтому требуется модификация и адаптация их к окологическим и травматическим повреждениям верхней челюсти. Непосредственное интраоперационное протезирование с опорой на имплантаты Zygomatic 55 многократно расширяют возможности непосредственной реабилитации пациентов при удалении опухолей средней зоны лица.

Применение материала Коллапан-С в условиях дискредитированных тканей верхнечелюстного синуса, при проведении синуслифтинга и имплантации.

Научный Центр "ИнВосСтом" г. Москва., НИАМС, г. Москва

Путь В.А., Садовский В.В., Селивёрстов С.С., Шанава А. А.

Введение. В настоящее время в стоматологической практике для восстановления функции и эстетики пациентов широко применяются методы дентальной имплантации. В тоже время существует ряд проблем, главной из них является недостаток объёма костной ткани. Качество кости и количество кости - один из важнейших факторов прогноза в имплантологии. Для решения поставленных задач применяются методы предпротезной восстановительной хирургии (preprosthetic reconstructive surgery). В настоящее время в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии используется свыше 40 различных коммерческих костно-пластических материалов. Наравне с аутокостью используются алло кость, синтетические препараты и ксеноматериалы. В данном исследовании мы в первую очередь рассматриваем применение КоллапАна-С, в новой форме - чипсы 1-2 мм (разработана и применяется с 2011 - оригинальная разработка ООО «Интермедапатит») как одного из наиболее универсальных синтетических биоматериалов

Цель исследования.Оценить возможности и эффективность применения биокомпозиционного материала КоллапАн-С на этапах стоматологической реабилитации пациентов с использованием методов костной пластики и имплантатов.

Материалы и методы.Следует учитывать, что акцент в данном случае установлен на максимальное использование ресурсов собственной кости, а также фактор времени проводимого лечения. В первую очередь изучались остеоиндуктивные свойства КоллапАна-С в сочетании с собственной костью и другими остеопластическими материалами. В качестве материала для реконструкции использовали аутокость из внутриротовых и внеротовых зон. Во всех клинических ситуациях пользовалась технология PRF (фибриновый сгусток, обогащенный тромбоцитами), полученный при центрифугировании свежезабранной крови. При проведении операции синуслифтинга КоллапАн-С применялся для профилактики гайморита в условиях предшествующего воспаления в синусах. Смесь аутокостной стружки 70% и 30% КоллапАна-С (чипсы) размещались в зоне установки имплантатов или при осложнённом синуслифтинге выполнялся будущий объём аугментации, в независимости от повреждения мембраны шнайдера. Следует обратить внимание на использование препарата КоллапАн-С, который содержит коллоидное серебро – натуральный антисептик, к которому не возникает устойчивых штаммов. КоллапАн-С пролонгировано выделяет коллоидное серебро, которое имеет следующие свойства: широкий антибактериальный спектр в отношении патогенной микрофлоры, в том числе, антибиотикоустойчивой; противовирусная и противогрибковая активность, что особенно важно в случае ассоциаций бактериальной, вирусной или грибковой инфекции, выраженное противовоспалительное действие; отсутствие побочного действия, в том числе, аллергической реакции.

Заключение: Эффективность применения КоллапАна оценивали по данным клинических исследований и рентгенологических методов исследования. Первичным является опыт работы при использовании КоллапАна, что позволяет минимизировать осложнения, которые возникают при использовании костно-пластических материалов. Рекомендацией является применение КоллапАна в комбинации с аутокостью, другими биоматериалами и технологией FRP либо аналогичной. Значительный опыт работы, более 19 лет, накопленный стоматологами при использовании КоллапАна, позволяет практически избегать осложнений при проведении аугментационных процедур.

Онкоскриниг состояния СОПР у декретированных возрастных групп населения в условиях лечебных профилакториев и пансионатов.

Научный Центр "ИнВосСтом" г. Москва.,

Шанава А. А. Садовский В.В., Путь В.А., Селивёрстов С.С.

Введение:Пожилые пациенты, проживающие в условиях социальной помощи государственных органов как правило обеспечены зубным протезированием и своевременным стоматологическим

лечением. В первую очередь это касается инвалидов- челюстно-лицевой области и пациентов старше 60 лет, и особенно больных с полным отсутствием зубов. В тоже время Ранняя диагностика злокачественных новообразований полости рта пожилых пациентов зависит главным образом от онкологической настороженности врачей стоматологов общей практики и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного. Стоматологи ЛПУ в лечебно-санаторных учреждениях РФ не всегда владеют информацией о современных технологиях стоматологического онкоскриннинга.

В отличие от пациентов с раковыми заболеваниями в других органах и тканях организма, при раке полости рта, требуется несколько тяжелейших реконструктивных восстанавливающих операций и на голове шее. Кроме того, они могут быть проведены всего лишь в нескольких специализированных центрах на территории РФ. Все без исключения пациенты декретированных возрастных групп относятся к группе очень высокого риска рака полости рта: возраст 60 лет и старше, курят или употребляют алкоголь даже в малых дозах. Не смотря на то, что скрининг должен быть частью повседневной стоматологической практики и учет группы риска должен стать контролируемой процедурой, в РФ процедура не алгоритмизирована и не бюрократизирована.

Цель исследования разработка и внедрение системы онкоскриннинга СОПР сочетании с образовательной программой гигиенического воспитания для пациентов пожилого и старческого возраста в условиях лечебных профилакториев и пансионатов.

Материалы и методы:

Для отработки методики стоматологического онкоскриннинга и специфического тренинга специалистов необходимого для правильного использования диагностического теста (Ти-Блю) и правильной интерпретации полученных результатов необходима массовость проводимых мероприятий. Это в первую очередь, организационно-методический аспект.

Таким образом разработана и предложена тестовая программа включающая в себя гигиенический блок (обучение гигиене полости рта и уходу за зубными протезами), развлекательный (привлечение театрального детского коллектива) и соответственно онкоскриннинг полости рта у пациентов, проживающих в санаториях и пансионатах. Это позволяет комплексно решать поставленные задачи, не нарушая психологический климат в ограниченной группе пожилых людей, проживающих в санаториях, и повышая социальную значимость проводимых мероприятий. Проводилось стоматологическое обследование и изучение историй болезни группы пациентов, постоянно проживающих на территории пансионата ДСН г. Москвы.

- Стандартные: осмотр полости рта, дифференциальная диагностика
- Новые световые системы диагностики: ViziLite, ViziLite Plus
- Консультации по вопросам протезирования.

Система «Визилайт Плюс» применяется последовательно: технология «Визилайт», а затем, если у врача сохраняются подозрения, то используется технология «Ти-Блю». Данные фиксировались в истории болезни. Анализ полученных данных позволяет у пожилых пациентов, относящихся к группе очень высокого риска рака полости рта, с высоким уровнем мотивации на проводимое обследование, выявлять поражения слизистой полости рта эффективно и с минимальными затратами.

Заключение: Затраты на онкологию, в особенности на онкопрофилактику и онкодиагностику требуют финансовых расходов для государства и работодателей. В условиях лечебных профилакториев и пансионатов задача по проведению массового онкоскриннинга упрощена, значительно более эффективна с позиции фармэкономики, имеет высокую профессиональную и социальную значимость. Широкомасштабное внедрение скрининг-тестов «Визилайт Плюс» способно не только повысить выявляемость начальных стадий рака и предраков полости рта, но и снизить частоту таких вредных привычек, как курение и употребление алкоголя. Таким образом решаются и вопросы стандартизации проводимых мероприятий.

Повышение эффективности профилактической гигиены полости рта у пациентов с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Арутюнов С.Д., Махина Я.Э.

На сегодняшний день наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваний, связанных с дефектами челюстно-лицевой области онкологического генеза. Однако, возникновение и раз-

витие осложнений в полости рта у данной категории больных является актуальнейшей проблемой современной стоматологии. Отсутствие анатомической целостности органов и тканей челюстно-лицевой области осложняется функциональными нарушениями дыхания, звукообразования, глотания, эстетических норм. Химио- и лучевая терапия, проводимые в период лечения онкологических больных, оказывают разрушительное действие на баланс микробиоценоза полости рта и ведут, как правило, к развитию оппортунистических инфекций.

В связи с этим, остается открытым вопрос о протоколе профилактических гигиенических мероприятий для пациентов, использующих съемные пластиночные зубочелюстные протезы. Особенно серьезные проблемы возникают в случае дефектов верхней челюсти. Динамика колонизации протезов микроорганизмами полости рта существенно варьирует в зависимости от характера материала. В соответствии с видом конструкционного материала и конструкцией зубочелюстного протеза, состоянием гигиены и микробиоценоза полости рта требуется проведение профилактических мероприятий с использованием оптимальных средств гигиены индивидуально для каждого пациента. Вопрос гигиены и изучение микробиоценоза полости рта пациентов с послеоперационными дефектами челюстей онкологического генеза, замещенных зубочелюстными протезами из конструкционных материалов различной природы полимеризации является актуальной проблемой стоматологии, что определило цель и задачи данного исследования.

Цель работы: совершенствование профилактических гигиенических мероприятий пациентов с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза, замещенных зубочелюстными протезами.

Задачи работы: разработать устройство, разобщающее полости рта, носа и верхнечелюстной пазухи для проведения профилактических гигиенических мероприятий. Разработать микробиологически обоснованный протокол индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с дефектами верхней челюсти онкологического генеза. Материалы и методы работы: изготовление устройства, разобщающее полости рта, носа и верхнечелюстной пазухи для проведения профилактических гигиенических мероприятий. Микробиологическое исследование больных с зубочелюстными протезами-обтураторами из различных конструкционных материалов.

Выводы: Практическое использование результатов проведенного исследования позволит предупредить осложнения, возникающие на этапах реабилитации и повысить качество жизни пациентов с дефектами верхней челюсти онкологического генеза.

Применение фрезерованного разобщающего послеоперационного зубочелюстного протеза из полиметилметакрилата на верхнюю челюсть в ранний послеоперационный период.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва

Пивоваров А.А., Кувшинова А.К.

Ортопедическая стоматологическая реабилитация онкологических пациентов с послеоперационными дефектами верхней челюсти сложная, а порой и трудновыполнимая задача, которая осуществляется в три этапа.

На первом этапе, в дооперационном периоде, изготавливается разобщающая пластинка, несущая функцию разделения полостей носа, рта и верхнечелюстных пазух и способствующая эпителизации слизистой по границе дефекта. Второй этап заключается в протезировании пациента формирующим протезом-обтуратором, служащим для временного замещения дефекта верхней челюсти на период формирования фиброзного кольца дефекта неба. На заключительном (третьем) этапе протезирования изготавливается завершающий зубочелюстной протез-обтуратор. Ортопедическое стоматологическое лечение этой группы больных затруднено, конструкции зубочелюстных протезов трудно изготавливаемая продукция, эффективность лечения низкая.

Цель работы: повышение эффективности этапа ортопедического стоматологического лечения больных с приобретенными дефектами верхней челюсти онкологического генеза в ранний послеоперационный период. Задачи работы: разработать конструкцию фрезерованного разобщающего зубочелюстного протеза из полиметилметакрилата на верхнюю челюсть. Разработать протокол стоматологической ортопедической реабилитации пациентов с дефектами верхней челюсти на раннем

послеоперационном периоде. Клиническое применение разработанной конструкции. Материалы и методы работы: изготовлена новая конструкция из полиметилметакрилата с помощью CAD\CAM технологий, проведены лабораторные исследования материала полиметилметакрилата. Результаты работы: разработана новая конструкция фрезерованного разобщающего зубочелюстного протеза из полиметилметакрилата на верхнюю челюсть, а также способ её изготовления. Разработан протокол стоматологической ортопедической реабилитации пациентов с дефектами верхней челюсти на раннем послеоперационном периоде. Получены результаты лабораторных исследований конструкционного материала полиметилметакрилата. Клинически применена разработанная конструкция.

Выводы: трансформация разобщающей пластинки в формирующий зубочелюстной протез с элементом обтурации послеоперационного дефекта верхней челюсти позволила сократить сроки организации рубцового кольца и перейти к протезированию завершающим зубочелюстным протезом-обтуратором.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОГШ

Хирургическое лечение местнораспространенных опухолей средней зоны лица

Енгибарян М.А.

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

Хирургическое лечение местнораспространенных опухолей орбитальной локализации неразрывно связано с образованием обширных послеоперационных дефектов. Проблемы, возникающие при реконструкции век и тканей периорбитальной области, обусловлены сложностью получения достаточного количества пластического материала, высокими требованиями к функциональным и эстетическим результатам операции.

Целью работы явилось изучение возможностей одномоментной реконструкции дефектов, возникающих после удаления опухолей орбитальной области. Клинические исследования были проведены у 200 пациентов с местнораспространенными опухолями век и периорбитальной зоны. Всем пациентам была выполнена радикальная операция в объеме, адекватном распространенности опухоли с одномоментным реконструктивно - пластическим этапом. Для закрытия послеоперационных дефектов нами использовались различные способы пластики. Лоскут из переносья был использован у 21 (10,5%) пациента. У 30 (15,0 %) больных применяли лобный перемещенный лоскут. Для пластики дефектов век и наружного угла глаза использовали лепестковые лоскуты. У 16 (8,0 %) пациентов применяли лепестковые лоскуты с височной области и со лба. У 28 (14,0 %) больных – лепестковые и ротированные лоскуты с верхнего века, с височной области и щеки. В 25 (12,5 %) случаях применялась комбинированная пластика с использованием двух перемещенных лоскутов. В 31 (15,5 %) случае использовали лоскуты, перемещенные с кожи щеки. У 11 (5,5 %) пациентов выполнили V-Y пластику. У 12 (6,0 %) пациентов восстановление удаленных тканей осуществлялось за счет лоскута, перемещенного с верхнего века. При помощи «островкового» лоскута ликвидирован образовавшийся дефект у 26 (13,0 %) пациентов. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением отмечено у 176 (88,0 %) пациентов.

Эстетический эффект операции оценен как «отличный» у 102 (51,0 %) пациентов, «хороший» – у 83 (41,5 %), «удовлетворительный» – у 13 (6,5 %). У 2 (1,0 %) пациентов результат расценен как неудовлетворительный, в связи, с чем была выполнена корригирующая операция.

Таким образом, одномоментное выполнение резекционного и восстановительного этапов операции позволяет восстановить адекватную функцию органа зрения, улучшить социальную и трудовую реабилитацию больных.

Эндоскопические аспекты восстановление просвета гортани и трахеи после функционально-щадящих операций

Кожанов Л.Г., Беков М.Т.

Онкологический клинический диспансер 1, Москва

Лечение послеоперационных стенозов гортани и трахеи на сегодняшний день остается сложной и нерешенной проблемой. Количество их с каждым годом растет. При этом элементы гортани и трахеи

замещаются грануляционной или рубцовой тканью, суживающий просвет дыхательных путей. Поэтому восстановление дыхательной, голосовой и защитной функции оперированной гортани и трахеи является несомненно актуальной.

Немаловажную роль играет определения вида стеноза, локализация и протяженность его, наличие лигатур. Наш опыт основан на эндоскопическом восстановлении просвета гортани и трахеи 30 пациентам (с 2011-2014г.) с рубцово воспалительными стенозами гортани. Им проведено эндоскопическая иссечение грануляций, удалением лигатур. Исследование проведено использованием аппаратов: Видеобронхоскопа EVIS Exera II OLIMPUS Q180, портативного скальпеля коагулятора «ЛАЗОН-10-П». Всем этим пациентам ранее выполнено хирургическое лечение в объеме фронтолатеральная резекция гортани, с формированием трахеостомы. Всем пациентам исследование проводилось под местной анестезией (спрей 10% + раствор лидокаина 2%) поэтапно проводилось удаление лигатур. При выявлении грануляций и рубцовой ткани, выполнялась абляция грануляций и рубцов. Возраст больных колебался от 53 до 72 лет, средний возраст больных составил в 62,5+19. Из них мужчин было 25 (83,33%), женщин 5 (16,66%). Проведенные исследования установили, что после эндоскопического хирургического удаления лигатур, иссечения грануляций и рубцовой ткани, просвет гортани восстановлен более 1 см у 29 из 30 пациентов (96,6%). У одного пациента выявлена отрицательная динамика в виде повторного сужения голосой щели. В связи развитием воспалительно-рубцового стеноза.

Таким образом после выполнения функционально сохранных операции при раке гортани применение эндоскопической техники позволили расширить просвет органа и восстановить голосовую и дыхательную функцию.

Тактика лечения осложнений у больных с онкологическими заболеваниями ЛОР органов в условиях ГКБ 36

Крюков А.И., Агафонов А.А.

Городская клиническая больница 36, Москва

Целью настоящего исследования является разработка алгоритма оказания экстренной помощи больным со злокачественными, осложненными опухолями головы и шеи в условиях отделения оториноларингологии многопрофильной больницы. Всего за 2011-2013гг. в ЛОР-отделении пролечено 276 онкологических больных.

Пациентам со стенозами гортани выполнялась экстренная трахеостомия. Всем пациентам с кровотечениями из распадающейся опухоли проводилось общеклиническое обследование, назначалась гемостатическая, антибактериальная, дезинтоксикационная, обезболивающая терапия, коррекция анемии. При неэффективности консервативного метода лечения применялась перевязка наружных сонных артерий. Учитывая особенности кровоснабжения ЛОР-органов и лица, полного гемостаза путем перевязки наружных сонных артерий в 100% случаев достичь не удавалось. При продолжающемся кровотечении из распадающейся опухоли мы применяем метод электрорезекции опухоли с одномоментным восстановлением дефекта. Клинический случай: Больной С. 56 л. поступил в ЛОР-отделение 21.07.13. с диагнозом: Новообразование средней и верхней зоны лица. Рецидивирующее кровотечение из распадающейся опухоли. Из анамнеза известно, что пациент наблюдается в ПНИ, при обращении к онкологу признан некурабельным. Больному проводилась антибактериальная, гемостатическая терапия, при рецидиве кровотечения 22.07.13.- перевязка наружных сонных артерий с двух сторон. Несмотря на проводимую терапию, кровотечение рецидивировало. Учитывая профузное рецидивирующее кровотечение из распадающейся опухоли и невозможность достичь гемостаза путем перевязки наружных сонных артерий, больному выполнена электрорезекция опухоли с одномоментным закрытием дефекта кожным лоскутом с волосистой части головы. В послеоперационном периоде кровотечений не было. Рана заживала частично вторичным натяжением. При осмотре через месяц состояние удовлетворительное, рецидива заболевания нет.

Результат гистологии – хондросаркома. В послеоперационном периоде кровотечение у пациента не возобновлялось. Проводилась массивная антибактериальная, инфузионная терапия, переливание крови. Питание через назогастральный зонд. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства.

Выводы: 1. У больных с кровотечением из распадающейся опухоли ЛОР-органов и смежных обла-

стей целесообразно при неэффективности консервативной терапии выполнять перевязку наружных сонных артерий. 2. При рецидиве кровотечения по жизненным показаниям выполняется электрорезекция опухоли с одномоментным восстановлением дефекта.

Разработка стенда для исследования режимов автоматизированного лазерного испарения биотканей

Кудрин К.Г., Решетов И.В., Кортунов В. Н., Коновалов А.Н., Варев Г.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, Москва

Современным трендом развития медицины является создание и применение роботизированных хирургических систем. Такие системы позволяют обеспечить высокую точность операций, выполняемых с минимальной травматизацией тканей. Наиболее популярна роботизация эндоскопической и лапароскопической хирургии. При этом использованию лазерных инструментов уделяется недостаточное внимание. Такие преимущества лазерного скальпеля как высокая скорость и точность удаления ткани, малая травматичность и инвазивность наиболее полно проявляется при автоматизации оперативного вмешательства. При всех достоинствах современные роботизированные лазерные хирургические комплексы являются только прецизионным инструментом в руках хирурга: уровень автоматизации не позволяет выпаривать биоткани в пределах заданного контура.

Целью работы является разработка роботизированного лазерного хирургического комплекса для автоматизированного малоинвазивного испарения биотканей. Задачи работы: выбор подходящего источника лазерного излучения, создание сканирующей системы, создание стенда для исследования режимов автоматизированного лазерного испарения биотканей. Материалы и методы Лазер выбирали путём исследований характеристик на стенде, включающем оптический стол, на котором размещались лазеры, оптические элементы, юстировочный лазер, приемная головка LM 45HTD измерителя мощности FieldMaster и прибор PROMETEC PROLAS UFF100 для измерения распределения интенсивности в лазерном пучке.

Критериями выбора являлись: долговременная и кратковременная стабильность мощности излучения, гауссово распределение интенсивности пучка, стабильность диаграммы направленности. По результатам исследований критериям удовлетворяет CO2 лазер Diamond C-30 Coherent. Разработана система управления лазерным пучком. Система состоит из зеркального ручного манипулятора и сканера. Система устанавливается на хирургический микроскоп OPMI MD, ZEISS (OPTON). Ручной манипулятор позволяет хирургу перемещать центр области сканирования с помощью джойстика. Сканер позволяет в автоматизированном режиме сканировать выбранную зону лазерным пучком. Программа управления предусматривает три фигуры сканирования с возможностью изменения их размеров: прямоугольник/квадрат, эллипс/круг, треугольник. Максимальные размеры сканируемой зоны 8 х 8 мм, время сканирования – 2 с. На основе CO2 лазера и системы управления лазерным пучком был создан стенд для исследования режимов автоматизированного лазерного испарения биотканей. С помощью механического джойстика пилотный лазерный луч направляется на операционное поле и под контролем врача осуществляется оконтуривание оперируемого участка.

Цифровая ТВ камера передает изображение обозначенной траектории хирургического луча в компьютер, который формирует управляющий сигнал, задает требуемые параметры излучения и траекторию перемещения хирургического лазера.

Результаты При режиме генерации лазера SuperPulse область воздействия после обработки представляет собой набор дискретных точек. При непрерывном режиме работы лазера в сочетании с дискретными перемещениями зеркал точки воздействия располагаются более хаотично, между ними остаётся след воздействия лазерного излучения. По мере увеличения мощности излучения точки воздействия приобретают тенденцию к слиянию.

Эксперимент показал возможность выпаривания области биоткани на глубину 1 2 мм. В качестве модели биоткани брали образец яблока. Лазер работал в непрерывном режиме с мощностью 15 Вт. Сканирование заданной области осуществляли за несколько проходов.

Выводы В рамках работы создан стенд для исследования режимов автоматизированного лазерного испарения биотканей. Первые эксперименты

показывают возможность лазерного объёмного выпаривания биотканей в автоматизированном режиме.

Оценка методик шва глотки при выполнении стандартной ларингэктомии.

Ларин Р.А, Писарев Е.Н.

Нижегородская областная клиническая больница им.Семашко, Нижний Новгород

Оценка методик шва глотки при выполнении стандартной ларингэктомии. Technique of pharyngeal suture when perfoming standart total laryngectomy Стандартная ларингэктомия (ЛЭ) наиболее часто выполняемый вариант хирургического лечения у пациентов с местно-распространенными формами рака гортани. Одним из ведущих факторов развития осложнений, в том числе и фарингостом , после ЛЭ является несостоятельность шва глотки, соответственно его методика имеет принципиальное значение в хирургии рака гортани.

В доступной литературе мы не обнаружили алгоритм выбора шва глотки в зависимости от вида операции.(стандартная, расширенная, комбинированная), также нельзя составить впечатление о наиболее эффективной методике шва. У каждого из методов шва находят недостатки, которые лимитируют возможность их использования в широкой практике.

Цель исследования. Изучить влияние методик шва глотки при выполнении стандартной ЛЭ(в ситуации когда опухоль не выходит за пределы органа) на вероятность развития осложнений обусловленных несостоятельностью шва: нагноение раны ,формирование глоточных фистул и т.д. Материалы и методы: Наблюдение за 189 больными в период 2004-2011.Все пациенты- мужчины. Средний возраст 54 года. 132 (69,8%) оперированы на первом этапе комбинированного лечения. 57 (30,1%) по поводу рецидива после химиолучевого лечения .Стадия опухоли по системе TNM соответствовала T3-4N0M0. Морфологическая форма-плоскоклеточный рак.Применялись методики шва :Коломийченко(основной и в модификации с наложением двух полукисетов) ,Матешука и шов в авторской модификации (патент № 2449739 от 10.05.2012) Обсуждение результатов. При выполнение стандартной ларингэктомии, ,применялись следующие виды шва. Шов Коломийченко (узел затягивается по мере отсечения гортани от глотки, что в определенной степени минимизирует инфицирование раны содержимым глотки). Шов применялся у 15 пациентов (7,9%).Модификация с двумя полукисетами у 20 пациентов (10,5%) .Шов Матешука (сквозной прерывистый серозно-мышечный шов при котором узлы оказываются в просвете глотки) - наиболее распространен в хирургии рака гортани. Применялся 114 пациентов (60,3%).Механический шов у 15 пациентов (7,9%) . Шов по авторской методике (патент № 2449739 от 10.05.2012 Трофимов Е.И., Виноградов В.В,Ларин Р.А. Фуки Е.М., Копченко О.О.)- на края глоточного дефекта накладывают адаптирующий лямбда-образный подслизисто-подслизистый шов, обращенный вершиной к краю слизистой глоточного дефекта, стягивают края дефекта ,дополнительно накладывают два полукисетных подслизистых шва. Применялся у 25 пациентов (13,4%) Оценка непосредственных результатов проводилась по критериям заживления раны (первичное, вторичное с нагноением раны, формирование стойких фарингостом). Первичное заживление раны наблюдалось у 123 больных (65%). Из них 89(73,2%) оперированы на первом этапе лечения, 34 (27,6%) по поводу рецидива после химиолучевого лечения. Заживление первичным натяжением: При наложении шва Коломийченко – у 7 пациентов (46,6%),модифицированный вариант -12 (60%). Шов Матешука -83(72,8%),механический шов -6(40%). Шов в авторской модификации – 17(68%). У 19 (10,05%) сформировались стойкие фарингостомы , устранение которых потребовало проведения этапных реконструктивно-пластических операций. У большинства этих пациентов при проведении ЛЭ применялся механический шов или шов Коломийченко.

Таким образом, наилучшие результаты заживления раны получены при применении шва Матешука , модифицированного варианта шва Коломийченко и при использовании шва по авторской методике. Наложение непрерывного шва Коломийченко и механического шва сопровождалось худшими результатами заживления раны.

Выводы: Выполнение стандартной ларингэктомии в ситуации когда опухоль не выходит за пределы органа позволяет применять различные методики шва. Поскольку стандартизированного алгоритма не предложено, выбор методики чаще

определяется предпочтениями хирурга. Предварительные результаты ,полученные нами ,говорят о целесообразности применения шва Матешука , модифицированного шва Коломийченко и шва в авторской методике с целью минимизации осложнений обусловленных несостоятельностью глоточного шва.

Хирургическое лечение опухолей околоушной слюнной железы

Мусин Ш.И., Смольников А.А., Вахитов М.А., Осокин С.В.

Башкирский государственный медицинский университет, кафедра онкологии с курсами ИПО, Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

Введение. Лечение опухолевой патологии околоушной слюнной железы связано с анатомической сложностью данной области, а конкретно лицевым нервом, проходящим через него. Хирургическое лечение опухолей околоушной слюнной железы связано с выделением и сохранением лицевого нерва.

Цель. Оценить функциональные результаты хирургического лечения опухолей околоушной слюнной железы. Материалы методы. В ГБУЗ РКОД МЗ РБ в период 2011-2012г 46 больных перенесли хирургическое лечение по поводу опухолей околоушной слюнной желез. Возраст больных варьировал от 34 до 65 лет(средний возраст 45.4). По поводу злокачественных опухолей слюнной железы получили лечение 26 больных и доброкачественных опухолей – 20 больных. Проведены операции на ОСЖ в различных объемах: резекция ОСЖ(N=5), субтотальная паротидэктомия(N=26) и тотальная паротидэктомия(N=15).

Результаты. В 3 случаях при раке ОСЖ проведено удаление с резекцией лицевого нерва, после которого наблюдался стойкий паралич мимической мускулатуры. Во всех остальных случаях проведено полное сохранение ветвей лицевого нерва. Послеоперационные осложнения со стороны мимической мускулатуры были оценены при помощи шкалы Хауса-Бракмана. 1 степень (нормальная функция мимической мускулатуры) наблюдалось у 56,5%(N=26 больных), 2 степень(легкая дисфункция) отмечено у 26.1%(N=12 больных), 3 степень(умеренная дисфункция)- 4,3%(N=2 больных), 4 степень(среднетяжелая дисфункция)- 6.5%(N=3больных), 5 степень(тяжелая дисфункция)- не отмечена, 6 степень.(тотальный паралич)- 6,5%(N=3 больных). При контрольном осмотре через 3 месяца полное восстановление функций мимической мускулатуры (1 степень)после операции проведенной с сохранением нерва отмечено у 93,0%(N=40 больных), легкая дисфункция сохранялась у 4,7%(2 больных), умеренная дисфункция сохранилась у 2,3%(1 болной). Восстановление функций мимической мускулатуры отмечено у 82,3%(N=14/17 больных) при разных степенях дисфункций в раннем послеоперационном периоде.

Выводы. Хирургическое лечение с сохранением лицевого нерва позволяет провести адекватное хирургическое лечение с высокими функциональными результатами. Нарушения мимики различной степени в послеоперационном периоде полностью нивелируютсяу 82,3% больных.

Опыт использования роботизированного CO2-лазера в эндоскопической хирургии опухолей гортани

Новожилова Е.Н., Федотов А.П., Чумаков И.Ф.

Московская городская онкологическая больница 62, Москва

Слово «Лазер» - является аббревиатурой от нескольких англ. слов (Light Amplification by Stimulation Emission by Radiation – «усиление света посредством вынужденного излучения»). Впервые теоретические основы лазерного излучения в 1917 г сформулировал А. Эйнштейн. В 1964 г физики Ч.Таунс, Н.Басов и А.Прохоров были удостоены Нобелевской премии за создание генераторов и усилителей на лазерном принципе. За последние годы произошло значительное развитие и эндоскопической техники, позволяющей использовать лазерное излучение в различных областях медицины. Все большее развитие в мире приобретает так называемая (TOR-S – Transoral Surgery), развивающаяся на основе прямой опорной ларингоскопии. С марта 2013 г мы стали использовать этот метод в отделении опухолей головы и шеи МГОБ № 62.

Для выполнения хирургических пособий мы используем операционные ларингоскопы Storz, мобильную систему Telepack и операционный микро-

скоп Zeiss. В октябре 2013 г в клинике появился Роботизированный CO2 - лазер Acupulse (Израиль). Система имеет максимальную мощность 40 Вт и относится к последнему поколению хирургических лазеров. Лазер обладает длиной волны 10.6 мкм (10600 нм) и работает в невидимой части спектра. За счет совокупности физических характеристик система обладает минимальным эффектом карбонизации тканей и может работать в нескольких режимах: CW (continious wave, Pulser, Superpulse) в зависимости от поставленных задач. Лазерная система жестким рукавом соединяется с операционным микроскопом, видеокамерой и монитором и позволяет выполнять операции на органах головы и шеи. Она совместима так же и с роботом Da Vinci. При помощи компьютерной системы хирург может изменять мощность излучения, глубину и форму воздействия луча на ткани в зависимости от анатомии оперируемой поверхности. Программы Ultrapulse® or Superpulse® дают возможность очень коротких перерывов в работе лазера (0.1 -0.2 сек), что обеспечивает охлаждение тканей, и позволяет избежать обугливание и ожог (минимизировать эффект карбонизации).

Сердцем лазерной системы является Digital AcuBlade – сканирующий цифровой микроманипулятор. Эта уникальная установка позволяет регулировать площадь и глубину разреза, делать разрезы сложной формы, в зависимости от анатомии поверхности, осуществлять точный контроль аблации и гемостаза. По данным морфологических исследований, благодаря сканирующей системе AcuBlade, глубина термического повреждения тканей не превышает 15-25 микрон (что не заметно для глаза). В настоящее время с использованием лазера Lumenis и системы Digital AcuBlade нами прооперировано 32 больных. Из них наибольшее количество пациентов были с доброкачественными новообразованиями гортани (фибромы, полипы, папилломы) - 21 пациент. На 2-3 сутки после операции все они были выписаны с хорошими функциональными и клиническими результатами. У 2 больных были удалены доброкачественные новообразования ротоглотки (кисты грушевидного синуса и боковой стенки глотки). 3 пациента были с рубцовыми стриктурами среднего отдела гортани (1 пациентка с синехией после химического ожога, и 2 больных после открытых резекций гортани, выполненных ранее). 1 больной была выполнена хордэктомия на фоне стеноза гортани (двусторонний паралич гортани после операции на щитовидной железе). У 4 больных раком гортани 3 ст (T3N0M0) были удалены небольшие остаточные опухоли после проведения химиолучевого лечения по радикальной программе (с СОД 66-68 Гр). Сроки наблюдения за ними составили от 4 до 8 мес. Клинических признаков рецидива не выявлено. Таким образом: использование операционный роботизированной системы Lumenis Digital AcuBlade позволяет проводить лечение больных с различными заболеваниями гортани и глотки, существенно снизить сроки нахождения пациентов в стационаре.

Использование этой методики дает возможность органосохранного лечения больных с опухолями гортани (в том числе после проведения лучевой терапии). И хотя число наблюдений в исследовании пока невелико, но результаты его демонстрируют несомненные преимущества этого метода. Набор материала нами будет продолжен и показания к использованию методики, вероятно, будут уточнены и расширены.

Хирургический компонент в комплексной терапии злокачественных новообразований орофарингеальной области

Остринская Т.В., Жуманкулов А.М.

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург

Введение. Лечение опухолей ротоглотки является сложной пробле-мой. Успеха в лечении можно достигнуть за счет раннего выявления локализованных форм новообразований, а также за счет комплексного подхода.

Цель. Изучить возможности применения хирургического метода на первом этапе комплексного лечения у пациентов с химиорезистентными местно-распространенными опухолями ротоглотки (перед проведением лучевой терапии).

Материалы и методы. В исследование включено 36 пациентов с распространенными опухолями ротоглотки, из них 30 мужчин и 6 женщин, леченых на отделении опухолей головы и шеи ГКОД г. Санкт-Петербурга в 2011-2012 гг. Средний возраст пациентов составил 55,6 ±0,44 года. На момент включения в исследование 52,8% больных имели четвертую стадию опухолевого процесса (T2-4N0-3 M0), 36,1% -третью (T2-3N0-1 M0), у 11,1%

пациентов диагностирован рецидив после предшествующего химиолучевого лечения. Гистологический диагноз в 34 (94,4%) случаях был представлен плоскоклеточным раком разной степени дифференцировки, в 1(2,8%) – аденокарциномой и в 1(2,8%) – аденокистозным раком. Сравнивались ближайшие и отдаленные результаты лечения больных орофарингеальным раком по схемам: химиотерапия + лучевая терапия + операция (ХТ + ЛТ + О) и химиотерапия + операция + лучевая терапия (ХТ + О + ЛТ). Результаты. Прогрессирование опухолевого процесса в течение первого года наблюдения в группе (ХТ + ЛТ + О) составляет на сегодняшний день 30%, в группе (ХТ + О + ЛТ) – 9%.

Выводы: Схема лечения ХТ + О + ЛТ позволяет сократить появление рецидивов в течение первого года наблюдения, а также сократить количество послеоперационных осложнений, сроки нахождения пациента в стационаре, длительность зондового и трахеостомного периодов в сравнении со схемой ХТ + ЛТ + операция.

Опыт хирургического лечения объемных новообразований глотки

Петров Б.В., Панов Е.Д., Рыжих О.В., Подоскин А.А., Минакова Е.С., Карапетян Е.А., Казачков В.А.

Воронежский областной клинический онкологический диспансер, Воронеж

Объемные доброкачественные новообразования глотки встречаются достаточно редко, однако, их оперативное лечение представляет сложную клиническую задачу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период времени 2008 – 2013 Прооперировано 5 больных с распространенными новообразованиями глотки. Во всех случаях отмечался экзофитный рост опухоли с обтурацией просвета ротоглотки от 40 до 80 %. Морфологическая структура встретившихся новообразований соответствовала: плеоморфная аденома – 3; гемангиома – 1; аденома – 1. Доступ к опухоли осуществлялся через боковую фаринготомию в области рога подъязычной кости. Проводилось удаление опухоли, и в зависимости от распространенности, резекция тканей боковой стенки глотки и корня языка.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные были удовлетворены полученными функциональными и эстетическими результатами. Проведенные наблюдения за больными от 2 до 6 лет, свидетельствуют об отсутствии рецидивов.

ВЫВОДЫ. Таким образом, боковая фаринготомия является оптимальным и малотравматичным доступом к объемным новообразованиям глотки, позволяющей получить высокий функциональный и эстетический результат.

Опухоли носоглотки, возможности хирургического лечения.

Письменный В.И., Письменный И.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Введение. Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух в структуре заболеваемости по данным разных авторов составляют от 0,2 до 3 % раковых опухолей других локализаций на 100 тысяч населения. Трудность своевременной диагностики больных с опухолями полости носа обусловлена сложными анатомо-топографическими особенностями. ротомии, этмоидотомии, фронтотомии.

Методика, результаты исследования. В отделении опухолей головы и шеи СОКОД за период 1996-2005 гг. пролечено 127 пациентов с злокачественными и доброкачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух, из них мужчин было 77 61%)больных, женщин 50(39%)пациентов. Распространённые опухолевые процессы, соответствующие индексу Т3 составили 43 41%) пациента, Т4-55 52%). Всем пациентам, которым выполнялось хирургическое лечение по поводу злокачественных опухолей околоносовых пазух и носоглотки в предоперационном периоде проводилось лучевое или лекарственное лечение. Предоперационное лучевое лечение выполнено 80 больным, химиотерапевтическое у 52 пациентов. Диагностировались следующие гистологические формы опухолей: плоскоклеточный рак, недифференцированный рак, аденокарцинома, меланома, гемангиома, ангиофибромы, цилиндромы. Возраст пациентов был от 18 до 69 лет.

Результаты их обсуждение. Анализируя исследуемые данные можно сказать, что за данный период, специализированная помощь с доброкачественным процессом полости носа и околоносовых

пазух в ООГШ была оказана 44% больных, а со злокачественным 31%, а основная группа таких больных не доходит до оказания специализированной медицинской помощи , по причине распространённости процесса и отсутствия возможности проводить специальные методы исследования. Опухоли полости носа и околоносовых пазух в ранних стадиях диагностируются как интрооперационная находка. Лечение опухолей полости носа и околоносовых пазух выполняют комбинированным или комплексным методом, где основным является хирургический. Объём оперативного вмешательства определяется локализацией, распространённостью поражения и гистологической формой. Применяются как эндоназальные так и наружные кожные доступы. Стандартный разрез по Кохеру – Вебера, учитывая его не физиологичность, использовался в модификации без рассечения верхней губы, носогубной складки. Хирургическое вмешательство как самостоятельный метод лечения применяются, для удаления доброкачественных опухолей носа и околоносовых пазух , и злокачественных опухолей после проведённого лекарственного или лучевого лечения. Целесообразно при удалении опухоли во время хирургического лечения в комплексном или самостоятельном варианте объём вмешательств рассматривать: назомаксилярный, фронтоэтмоидомаксилярный назоорбитомаксилярный, фронтоэтмоидоорбитальный, азоэтмоидомаксилярный комплексы.

Ежемесячный осмотр после лечения у специалиста направлен на раннее выявление рецидивов и метастазов, коррекции протезов, приема пищи, медикаментозного лечения для оказания своевременной и адекватной помощи. Реабилитация больных включает восстановление функции дыхания, приема пищи, речи и устранение косметических недостатков. Кожные разрезы при опухолях полости носа и околоносовых выполняют таким образом, чтобы технически возможно адекватно выполнить по онкологическим принципам вмешательство на первичном очаге и зонах регионарного лимфатического коллектора, сохраняя при этом онкологические, функциональные и эстетические требования. Средняя зона лица относится к неблагоприятным при реконструктивных вмешательствах, эти больные нуждаются в экзопротезировании.

Выводы. хирургическое лечение опухолей носоглотки представляет собой сложную проблему онкологии головы и шеи. Мультидсциплинарный подход в решении задач клинической онкологии которые ставит перед специалистами опухоли головы и шеи открывает новые и перспективные возможности направленные на улучшение результатов лечения опухолей носоглотки

Рак языка с поражением гортаноглотки, новый технический прием в восстановлении пище проводящих путей.

Письменный И.В., Письменный В.И.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Введение. Методы ранней диагностики злокачественных опухолей полости рта и орофарингеальной зоны в настоящее время не приносят ожидаемых результатов. Поздняя диагностика обусловлена бессимптомным клиническим течением заболевания и отсутствием патогномотичных признаков злокачественной опухоли. В течении последних десятилетий все злокачественные опухоли перечисленных локализаций первично диагностируются в 3-4 стадиях заболевания более 60%, что приводит к поиску и выбору тактики лечения распространенных опухолевых процессов.

Диагностика злокачественных опухолей дистальных отделов полости рта и в том числе корня языка представляет исключительно сложную задачу клинической онкологии опухолей головы и шеи. Получить диагноз с гистологической верификацией в стадии опухолевого процесса и разработать тактику для выполнения радикального лечения при опухолях корня языка и провести оперативное лечение представляется крайне редко в клинической практике. Материалы и методы. Распространенный рак корня языка диагностировали с поражением гортаноглотки у двух пациентов. Возраст 61 и 59лет оба мужчины. В обоих случаях дисфагия 3степени. На первом этапе было предложено хирургическое лечение. Выполнена операция радикальная шейная диссекция односторонняя экстирпация языка , экстирпация гортани. Особое внимание хотелось уделить разработанному способу реконструкции дефекта ротоглотки и гортаноглотки их переднего отделов. Нами применен для реконструкции дефекта после удаления языка и гортани участок слизистой внутренней поверхности языка.

Результаты и их обсуждение. При выборе реконструктивного материала в учет брались все возможные способы реконструкции послеоперационного дефекта глотки и возможности максимально щадящий выбор пластического материала, уменьшение травматизма операции. Слизистая внутренней поверхности языка после полного иссечения органа и мышц дна полости рта мобильная и при повороте на 270градусв не теряет жизнеспособности, не отмечена анемия трансплантата. Заживление прошло первичным натяжением. Акт глотания и прием пищи через естественные пути восстановлен на 14сутки после пробного глотка жидкости и в последующим удалением назогастрального зонда.

Выводы. Предлагаемая методика восстановления дефекта глотки и ротоглотки при хирургическом лечении рака корня языка с распространением глотки, или возможно рассмотреть первичную опухоль как рак гортани с поражением корня языка предполагает восстановить пищепроводящие пути и таким образом дать возможность пациенту принимать пищу через естественные пути после радикальной операции.

Отдаленные результаты криодеструкции рака кожи головы и шеи I и II стадии

Пустынский И.Н., Пачес А.И., Кропотов М.А.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Москва

Введение. При выборе метода лечения больных раком кожи головы необходим дифференцированный подход с учетом клинических и морфологических характеристик опухоли. Криодеструкция новообразований кожи позволяет эффективно сохранять индивидуальные формы и функции органов лица, что способствует оптимальной реабилитации пациентов после лечения.

Изучение отдаленных результатов криохирургического лечения больных раком кожи в зависимости от клинических и морфологических характеристик опухоли является актуальной задачей клинической онкологии. Материалы и методы. На основании многолетнего опыта клинического использования криогенного метода при лечении больных базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи головы и шеи разработаны показания и противопоказания к криодеструкции в зависимости от клинических и морфологических характеристик новообразований. Исследованы отдаленные результаты криодеструкции рака кожи головы и шеи у 175 больных с новообразованиями, соответствовавшими символам T1 (100) и T2 (75). Базальноклеточный рак кожи был у 164 больных, плоскоклеточный рак кожи – 11. Криохирургическое лечение выполнялось по разработанным в клинике методикам с применением отечественной криогенной лечебной техники.

Результаты. Сроки наблюдения за пациентами после лечения составили от 2 до 11 лет, медиана - 6 лет. Частота возникновения рецидивов при I стадии заболевания составила 3%, при II стадии - 5,3%. Рецидивные опухоли были удалены криохирургическим (5) и хирургическим (2) методами без последующего рецидивирования заболевания. Ни в одном из наблюдений рак кожи не явился причиной летального исхода.

Выводы. После криохирургического лечения больных с базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи головы и шеи I и II стадии, выполненного в соответствии с показаниями по разработанным лечебным методикам, отмечены хорошие эстетические, функциональные и отдаленные результаты, сохранение индивидуального анатомического рельефа лица, эффективная реабилитация пациентов после лечения.

Радиочастотная термоабляция как фактор повышения локального контроля при лечении злокачественных новообразований полости носа, околоносовых пазух и верхней челюсти

Решетов И.В., Маторин О.В., Шевалгин А.А.

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

Цель работы: оценить эффективность применения радиочастотной термоабляции, как фактор локального контроля при хирургическом лечении опухолей полости носа, околоносовых пазух и верхней челюсти (повысить безрецидивную выживаемость, за счет повышения радикальности хирургического лечения с помощью гипертермии).

Актуальность: Несмотря на радикальность выполненной операции при местно распространенном злокачественном процессе в полости носа, верхней челюсти и околоносовых пазухах, в част-

ности, верхнечелюстной пазухи, такая как электрохирургическая блоковая резекция верхней челюсти или орофациальная резекция, рецидив опухоли в зависимости от морфологической структуры и распространения первичной опухоли (Т) встречается от 40% случаев и выше. Это объясняется особенностями строения черепа человека, анатомические области которого имеют немало путей сообщения друг с другом, а также в ряде случаев, в связи с невозможностью удаления очага в едином блоке (например, при удалении опухоли слизистой верхнечелюстной пазухи) операция несет условно-радикальный характер.

Так, задняя стенка верхнечелюстной пазухи граничит с крылонёбной и подвисочной ямками, ее питание осуществляется по сосудам, обильно анастомозирующим друг с другом, с сосудами носа, лица, орбиты, полости черепа, с черепными синусами, а иннервация осуществляется первой и второй ветвями тройничного нерва и волокнами крылонёбного узла. Поэтому учитывая анатомические структуры данной локализации, такие как крылонебная и подвисочная ямки, продолженный рост и рецидив опухоли резко возрастают за счет их сообщений с другими анатомическими образованиями черепа, а также содержанием мягкотканого компонента ямок (нервные узлы, нервы, сосуды), что в свою очередь ведет к рецидиву заболевания, эндоваскулярному, периневральному росту опухоли кзади - вверх и ее метастазированию по данному пути.

Нами был предложен вариант комбинированного метода лечения данной патологии, который сочетает в себе стандартное оперативное лечение с проведением радиочастотной абляции крылонебной и подвисочной ямок. Материалы и методы: МНИОИ им. П.А. Герцена с 2010 года располагает опытом хирургического лечения в сочетании с радиочастотной абляцией крылонебной и подвисочной ямок у 28 пациентов со злокачественным процессом полости носа, околоносовых пазух и верхней челюсти. Основные объемы оперативных вмешательств – орофациальная резекция и электрохирургическая блоковая резекция верхней челюсти. По морфологической структуре опухолей преобладал плоскоклеточный рак – 18; аденокистозный – 6, другие опухоли – 4. Из них 20 мужчин и 8 женщин. Возраст больных составил от 25 до 70 лет. По стадиям больные распределились следующим образом: I стадия – 3; II стадия – 5; III стадия – 12; IV стадия – 8. Предшествующее противоопухолевое лечение было у 21 пациента: из них предоперационное химиолучевое лечение – 18, химолучевое лечение по радикальной программе – 3, химиотерапия – 0. Период наблюдения в данной группе составляет от 5 до 43 месяцев. Для получения адекватных результатов лечения данной патологии предложенным методом и оценки его эффективности, а также подсчета безрецидивной выживаемости, в дальнейшем мы планируем открыть многоцентровое рандомизированное клиническое исследование. Результаты: В настоящее время данная группа пациентов находится под динамическим наблюдением, данных за рецидив заболевания пока не получено. Проспективный анализ будет произведен после завершения клинического исследования.

Выводы: Таким образом, несмотря на отсутствие достоверных данных за рецидив опухоли в анатомических зонах, подверженных гипертермии, у лиц, страдающих злокачественным процессом полости носа, околоносовых пазухах и верхней челюсти, предложенный комбинированный метод лечения носит перспективный характер в лечении данной патологии и возможно может стать одним из важных современных подходов в комбинированном лечении.

4-эй этап исследования многофункционального манипулятора для роботоассистенции в высокоточной хирургии

Решетов И.В., Саврасов Г.В., Нарайкин О.С., Кудрин К.Г., Васильев В.Н.

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

Последние несколько лет в мире активно ведутся разработки медицинских робототехнических систем различного назначения. Одно из основных направлений развития медицинской робототехники – роботоассистенция при выполнении хирургических операций. Внедрение в хирургическую практику робототехники значительно расширяет технические возможности, повышает качество и надежность оперативного вмешательства, обеспечивает высокую точность исполнения, которая находится за пределами физических возможностей даже опытного хирурга.

Целью исследования является разработка предварительных сценариев применения многофункционального манипулятора для роботоассистенции в высокоточной хирургии, разработка медико-технических требований к многофункциональному манипулятору, участие в доклинических и доклинических испытаниях многофункционального манипулятора для роботоассистенции в высокоточной хирургии. Проведена серия измерений силовых нагрузок на хирургические инструменты, используемые для ретракции при проведении операций на лабораторных животных. Измерения выполнялись с использованием динамометра PCE FM 1000 производства Германии и с помощью системы очувствления Робота-манипулятора. Методика проведения исследований заключалась в том, что датчик динамометра вместе с кабелем помещали в стерильный рукав. Далее датчик фиксировали к ретракционным инструментам – хирургическим крючкам.

В процессе выполнения операции хирург, меняя положение ретрактора, снимал показания с датчика, которые отображались на экране динамометра. Затем аналогичные измерения выполняли с помощью системы очувствления Робота-манипулятора. В исследованиях участвовали морские свинки и собаки. Обращение с животными в процессе исследований в полной мере соответствовали Российскому и международному законодательству в аспекте проведения исследований с участием животных. При осуществлении манипуляций в процессе исследований животным проводили анестезию. Манипуляции, связанные с исследованиями, были вторичными по отношению к первопричинам манипуляций с животными (например, плановые операции).

В процессе проведения манипуляций, связанных с исследованиями, ни одно животное не пострадало. На 10 морских свинках был проведен комплекс стандартных исмерений, включающий измерение усилия ретракции края операционной раны (брюшная стенка, грудная стенка, кожа спины, кожа головы) и отведение трахеи. На 10 собаках по завершению показанных полостных операций выполнялись измерения усилия ретракции края операционной раны передней брюшной стенки Предварительно определён диапазон типовых силовых нагрузок на хирургические инструменты, используемые для ретракции при проведении операций на лабораторных животных.

Результаты измерений выявили необходимость максимальных усилий на инструменты при манипуляциях на скелетных мышцах до 30 Н. Тонкие щадящие манипуляции требуют сравнительно небольших усилий, при этом их диапазон варьируется от 0,1 Н. При этом система очувствления Робота-манипулятора фиксирует нагрузки до 7,5 Н.

Эволюция в выборе хирургических доступов для шейных лимфаденэктомий

Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В., Романчишен Ф.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии с курсом травматологии, ВПХ., Санкт-Петербург

Введение. В 2006 году исполнилось 100 лет со времени публикации статьи J.Crile "Excision of cancer of the head and neck ..." в журнале "JAMA". В дальнейшем операция Крайла была популяризирована H.Martin, который регулярно иссекал боковые шейные лимфоузлы вместе с окружающими тканями. Применение этого вмешательства значительно повысило выживаемость больных, но косметические и функциональные результаты были неудовлетворительными.

Целью данной работы стало улучшение функциональных и эстетических результатов боковой шейной диссекции.

Материал, методы и результаты. До 1989 г. мы выполняли шейные фасциально-футлярные диссекции (ФФД) с пересечением грудино-ключичных мышц, но с сохранением внутренних яремных вен и добавочных нервов (Раков А.И., Вагнер Р.И., 1969), а при распространении опухолей на эти структуры – операцию Крайла. В 1986г. нами был предложен, а с 1989г. регулярно использовался ФФД через зигзагообразный доступ. Применение разреза у 177 больных показало явное эстетическое превосходство качества послеоперационного рубца, что особенно важно, так как 86% оперированных - женщины. С 2007 г. у больных метастазами рака ЩЖ в боковые группы лимфоузлом ФФД мы предпринимали из доступа MacFee, выполняющегося в косо-поперечном направлении надключичной и подчелюстной областях вдоль естественных складок шеи.

Опыт применения последнего доступа у 37 больных показал, что он эстетичнее зигзагообразного, но требует большего напряжения, особенно у пациентов с избыточным весом. Значительное рас-

пространение в получили видеоассистированные резекции ЩЖ, недостатком которых является расположение послеоперационного рубца в очень заметном месте - на уровне перстневидного хряща, в подмышечной области или в ореоле молочной железы. Мы запатентировали боковой косо-поперечный шейный доступ по ходу естественной складки шеи. Послеоперационный рубец, как показал опыт 27 операций, отсутствует на передней, наиболее заметной поверхности шеи. Последний доступ позволяет выполнять гемитиреоидэктомию, тиреоидэктомию, двухстороннюю центральную и селективную лимфаденэктомию под визуальным контролем возвратных нервов и околощитовидных желёз.

Применение боковых доступов пока не сопровождалось осложнениями и не повысило стоимость операций, так как использовался только типовой набор хирургических инструментов. В отдалённые сроки после операций под нашим наблюдением находилось более 10 лет 1102 (84,9%) из 1298 оперированных по поводу дифференцированного рака ЩЖ в 1989 г. и позже. Изучение 10 и 15 летних результатов лечения показало, что метастазы в зонах отрицательной биопсии шейных лимфатических узлов имелись в дальнейшем лишь в 1,5%. Повторные метастазы после ФФД отмечены у 4 (2,1%) больных. Рецидивы рака ЩЖ в случае резектабельности опухоли в момент первой операции выявлены только у 7 (0,63%) больных.

Выводы. На протяжение последних 40 лет практики нашего Центра хирурги значительно усовершенствовали операционные доступы, технологию удаления ЩЖ и метастазов рака этого органа в шейные лимфатические узлы, улучшили эстетические и функциональные результаты, непосредственные и отдалённые исходы пациентов доброкачественными и злокачественными опухолями, не повышая финансовые затраты на лечение.

Хирургическое лечение и его прогнозирование у больных с местно-распространенным раком органов полости рта и ротоглотки.

Светицкий П.В., Нистратов Г.П., Зыкова Т.А., Аединова И.В.

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

До 70% больных раком органов полости рта (РОПР) и ротоглоткти (РТГ) поступают на специализированное лечение с распространенным процессом. Нерезектабельность у данной категории больных обуславливается топографическим расположением опухоли (ОП) сложной визуализации, затрудняющей проведение операции. Это относится к ОП расположенным в ретромолярной области, задних отделах дна полости рта и корне языка. Предварительно проведенная срединная мандибулатомия улучшает обозримость операционного поля.

Однако послеоперационная фиксация фрагментов челюсти титановыми пластинами или проволокой не обеспечивают хороший остеосинтез. Возникают ложные суставы, остеонекрозы и т.д. В то же время, неудовлетворительные результаты лечения данной категории больных (до 37 % рецидивы) и неясность прогноза сдерживают активность хирургов и обуславливают перевод больных в статус нерезектабельных.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с распространенным РОПР и РТГ.

Задачи. 1. Разработать способ мандибулатомии, обеспечивающий радикальное проведение операции с хорошим послеоперационным остеосинтезом. 2. Используя молекулярно-биологические исследования оценить агрессивность роста опухоли при прогнозировании заболевания и результатов лечения. Материал и методы. Объектом исследования были 55 больных РОПР и РТГ с распространенным в объеме III-IVA ст. процессом, подвергнутых лечению в РНИОИ. Больные были разделены на 2 основные группы (гр): 1 – из 30 больных (проспективная) и 2 гр. из 25 - ретроспективная. Больным были проведены клинические и молекулярно-биологические исследования. В 1 гр. 7 больным была проведена операция по разработанной в РНИОИ методике. Остальные больные 1 гр. (23) и все больные 2 гр. были прооперированы по традиционными методикам. Биологическая потенция ОП оценивалась в процессе операции посредством выявления папилломавируса человека (ВПЧ) и вируса Эпштейн-Барра (ВЭБ). В ретроспективной гр. молекулярно - биологические исследования проводились на парафиновых блоках удаленных опухолей 2-х летней давности. Разработанная в РНИОИ операция заключается в проведении модифицированной мандибулатомии, радикальном, под визуальным контролем, удалении ОП, рекон-

струкции послеоперационного дефекта и челюсти. Рассечение тела нижней челюсти осуществляется по центру сверху вниз до нижнего уровня корней зубов, а затем в здоровую сторону под углом в 45% относительно оси нижней челюсти.

При таком рассечении края фрагментов челюсти приобретают вид неправильных треугольников, что снижает их мобильность при последующей фиксации. Раздвигая края челюсти в стороны, с одновременным частичным рассечением диафрагмы дна полости рта, достигается хороший обзор операционного поля, облегчающий операцию и проведение гемостаза. После удаления ОП и реконструкции раны местными тканями осуществляется остеосинтез микротитановой пластинкой. На данный способ получена приоритетная справка на изобретение №2013154462 от 06.12.2013. Результаты. Из 7 прооперированных больных по разработанной методике у 3- заживление произошло первичным, а у 4 – вторичным натяжением. У всех пациентов был достигнут хороший остеосинтез. При этом у 6 (85,7%) больных выявили ВЭБ и ВПЧ. Один больной (ВПЧ-негативный) умер через 8 мес., тогда как 6 больных (ВПЧ-положительные) наблюдаются более 1,5 лет. У остальных 23 больных ВПЧ обнаружен у 1 (3,3%), а ВЭБ - 83,3%. Во 2 гр. ВЭБ был выявлен в 64%, а ВПЧ – в 24%. У больных 1 и 2 гр. прооперированных традиционным способом одногодичная летальность составила 42%.

Выводы: разработанная методика мандибулатомии обеспечивает хороший обзор операционного поля с надежным послеоперационным остеосинтезом. Наличие вируса Эпштейн-Барра у больных с распространенным раком органов полости рта и ротоглоткти обуславливает неблагоприятное течение заболевания, тогда как папилломавирус человека способствует более благоприятному прогнозу. Набор клинического материала продолжается.

Лечение и реабилитация пациентов с опухолями полости носа и придаточных пазух.

Штин В.И., Новиков В.А., Чойнзонов Е.Ц., Меньшиков К.Ю., Черемисина О.В.

Научно-исследовательский институт онкологии, Томск

Неблагоприятные демографические тенденции и сложная экологическая обстановка сопровождаются неуклонным ростом числа онкологических заболеваний, число больных раком увеличивается более, чем на 20000 человек в год. Особое место среди всех онкологических процессов занимают опухоли полости носа и придаточных пазух, которые находятся на 35 месте в структуре общей онкологической заболеваемости.

Разработанные в настоящее время комбинированные подходы к лечению опухолей полости носа и придаточных пазух позволили повысить результаты общей и безрецидивной выживаемости больных. Но, не смотря на все успехи, остается высоким процент рецидивирования опухолей, местные рецидивы в течение первых двух лет наблюдаются в 50-80% случаев. Одним из перспективных методов интраоперационной визуализации опухоли и местной терапии является флюоресцентная диагностика (ФД) и фотодинамическая терапия (ФДТ). В НИИ онкологии СО РАМН разработан лечебный комплекс, включающий в себя лучевую терапию, оперативное вмешательство с флуоресцентной диагностикой и фотодинамической терапией. Всем пациентам с опухолями полости носа и придаточных пазух T2-4N0-3M0 проводится предоперационный курс дистанционной гамма-терапии на установке «Рокус-М»с 2-х полей - переднего и бокового, размерами от 6х6 до 8х10 см. Режим фракционирования дозы: РОД – 3 Гр, 5 фракций в неделю, СОД составляет 44 Гр. Через 3–5 дней выполняется хирургическое вмешательство в объеме комбинированной электрорезекции верхней челюсти с флуоресцентной диагностикой радикальности операции и фотодинамической терапией. Для проведения флуоресцентной диагностики и фотодинамической терапии используется фотосенсибилизатор «Фотодитазин» (ООО Вета-Гранд, регистрационный номер ЛС-001246). Итраоперационная фотодинамическая терапия выполняется с применением полупроводникового лазера красного диапазона излучения «АЛОД-01», длина волны излучения — 662 нм, выходная мощность излучения на торце кварцевого моноволокна от 0,1 до 2 Вт. Доза излучения — от 150 до 350 Дж/см2. Проведено комбинированное лечение 7 пациентов с распространенными опухолевыми процессами полости носа и околоносовых пазух. В 6 случаях выполнено удаление опухоли и проведена фотодинамическая терапия.

В одном случае фотодинамическая терапия проведена непосредственно на рецидивную опухоль,

локализовавшуюся в проекции основания средней черепной ямки. На сегодняшний день максимальный срок наблюдения составил 18 месяцев. Признаков рецидива опухоли нет у 5 пациентов. В двух случаях зафиксирован продолженный рост опухоли. Проблема восстановительного лечения после расширенных оперативных вмешательств, решается с использованием тонкопрофильных имплантатов из никелида титана.

По предполагаемым размерам дефекта костных структур средней зоны лица (на основании предоперационного планирования объема резекции по данным спиральной компьютерной томографии в режиме 3-D моделирования) создается рамка из микропористой проволоки из никелида титана. Данную конструкцию отличает легкий вес, выраженная каркасная функция (за счет рамки из никелида титана), способность лучшей биоинтеграции с тканями (за счет ячеистости ткани, микропористости проволочной рамки и нити), наличие заданной памяти формы. В ходе оперативного вмешательства эндопротез устанавливается на сохраненные костные структуры, при возможности поднадкостнично, и укрепляется титановыми шурупами.

Эндопротезирование структур средней зоны лица комбинированными тонкопрофильными имплантатами выполнено у 8 пациентов. Использование нового подхода к эндопротезированию позволило сохранить естественное положение и функцию глазного яблока, а так же способствовало сохранению физиологического положения мягких тканей средней зоны лица. Особенности конструкции имплантата на основе микропористой проволоки и сверхэластичной ткани из никелидатитана позволили сократить время эндопротезирования до 5-10 минут, что привело к уменьшению длительности всего оперативного вмешательства.

Учитывая все выше сказанное можно сделать вывод, что использование комплекса реабилитационных мероприятий, включающего индивидуальное эндопротезирование костных структур средней зоны лица современными имплантатами из никелида титана, способствует сокращению длительности хирургического вмешательства и оказывает положительное влияние на качество жизни пациентов, позволяет большинству из них вернуться в общество и к обычному образу жизни.

Первично-множественный плоскоклеточный рак органов головы и шеи. Особенности клинического течения, лечения и динамического наблюдения.

Российский онкологический научный центр им.Н.Н.Блохина, Москва

Кропотов М.А., Агабекян Г.О., Стельмах Д.К.

ЦЕЛЬ: Оптимизация методов лечения больных первично-множественным плоскоклеточным раком слизистых оболочек органов головы и шеи и определение тактики наблюдения в группе больных, излеченных от плоскоклеточного рака органов головы и шеи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В отделении опухолей головы и шеи РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН за период с 1991 по 2013 гг. находилось на стационарном лечении 64 пациента с диагнозом Первично-множественный плоскоклеточный рак органов головы и шеи, из них женщин 17, мужчин 47. Заболеваемость возрастала у пациентов старше 50 лет. У всех пациентов морфологически верифицирован плоскоклеточный рак. Первая опухоль находилась в полости рта у 33 пациентов (51%); в гортани у 12 (19%); ротоглотке у 9 (14%); гортаноглотке у 5 (8%); верхней челюсти, синусах, — 3 (5%); носоглотке — 2 (3%). Вторая опухоль локализовалась: в полости рта у 28 пациентов (44%); в ротоглотке — 15 (23%); гортаноглотке - 10 (16%); гортани — 8 (12%); носоглотке — 3 (5%). Стадии первой опухоли: I ст. - 7 пациентов (11%); II ст. - 19 (30%); III ст. - 23 (36%); IV ст. - 15 (23%); Все больные с первой опухолью пролечились следующим образом: лучевая терапия - 15 пациентов (23%) ; комплексное лечение -14 (22%); химиолучевая терапия -14 (22%); комбинированная терапия — 13 (20%); хирургическое лечение — 8 (13%). Вторая опухоль диагностировалась в сроки до 1 года у 12 пациентов (19%), от 2-5 лет у 23 (35%) , от 5 до 10 лет -13 (20%), от 10 до 20лет -10 (16%), у 6 пацинетов (10%) — более 20 лет. Распределение по стадиям второй опухоли : I ст. - 11 пациентов (17%); II ст. - 13 (20%); III ст. - 25 (39%); IV ст. - 15 (24%); Всем пациентам проведено специальное лечение: хирургическое — 23 пациента (36%); комбинированная терапия -10 (16%); комплексное лечение — 9 (14%); химиолучевая терапия — 8 (13%); химиотерапия — 7 (11%); лучевая терапия — 4 (6%); не получали лечение — 3 (4%). Пятилетняя выживаемость составляет 31%. На нее влияют: возраст и

соматический статус пациента, стадия опухоли (благоприятная группа – I и II стадии), сроки реализации второй опухоли (синхронные ухудшают результаты, в отличие от метахронных).

ВЫВОДЫ: Пациенты с опухолями головы и шеи имеют высокий риск второго злокачественного образования , поэтому необходимо учитывать это при составлении исходного плана лечения пациента с первым раком органов головы и шеи. Факт раннего выявления второй опухоли значительно улучшает результаты лечения. Однако на сегодняшний день эффективных программ скрининга и профилактики повторных злокачественных новообразований не существует, пациенты группы риска должны находиться под регулярным динамическим наблюдением.

Предикторы эффективности лучевой терапии и комбинированного лечения больных раком языка.

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени. П.А. Герцена, Москва

Геворков А.Р., Бойко А.В., Завалишина Л.Э., Черниченко А.В., Решетов И.В., Плавник Р.Н., Носова Е.А., Хмелевский Е.В., Дрошнева И.В., Рубцова Н.А., Малышева О.А., Гладышев А.А., Соколов В.В.

В настоящее время выявление предикторов является одним из наиболее перспективных путей повышения эффективности облучения опухолей. Анализ радиочувствительности опухолей, несмотря на существование таких объективных критериев, как резорбция опухоли и патоморфоз в исследуемом материале, требует учета объема, условий и сроков проведения противоопухолевого лечения, а также индивидуального состояния пациентов.

Целью исследования являлось выявление потенциальных клинических, морфологических и генетических предикторов эффективности лучевой терапии больных раком языка. В период с 2003 по 2012 г. в МНИОИ им. П.А. Герцена проведено лечение 130 пациентам с новообразованиями корня (39 pts, 30%) и подвижной части языка (91 pts, 70%). В исследование включено 74 (57%) мужчин и 56 (43%) женщин. В исследовании преобладали больные с опухолями III и IV стадий (39% и 35% соответственно), с инвазивным характером роста у 88% и регионарными метастазами у 70%. Лекарственная радиомодификация 5ФУ и цисплатином, либо цетуксимабом и цисплатином была проведена 104 (80%) пациентам. Облучение осуществлялось методом нетрадиционного фракционирования до СОД 40-50Гр при комбинированном лечении и до СОД 60-70Гр при самостоятельном консервативном лечении. Самостоятельная лучевая терапия проведена у 44 (34%) пациентов. Хирургическому лечению на втором этапе подверглись 86 (66%) больных раком языка, в том числе с сохранением органа у 59 (69%) из них. Лимфаденэктомия была выполнена у 103 (80%) больных. При изучении результатов морфологического исследования послеоперационного материала обращает на себя внимание высокая гетерогенность патоморфоза, зачастую не связанная с уровнем суммарных доз облучения. Лечебный патоморфоз 3-4 ст. в первичном очаге отмечен у 44% и 76%; в регионарных лимфоузлах - у 31% и 60% больных раком подвижной части и корня языка соответственно. Сводные показатели общей и безрецидивной выживаемости через пять лет составили 70% и 58% соответственно. Спасительные операции по поводу локального рецидива были выполнены 23 из 48 (48%) больных.

По результатам многофакторного анализа была выявлена позитивная связь ($p<0,05$) эффективности проведенного лечения с локализацией опухоли в корне языка, женским полом, экспрессией E-кадгерина, p21, Bcl-2, радиочастотной абляцией ложа опухоли. Была выявлена негативная связь с регулярным приемом алкоголя, наличием более двух сопутствующих заболеваний, локализацией опухоли в подвижной части языка, периневральной инвазией опухоли, экспрессией p53, ЦОГ-2, VEGF, Ki67, эквивалентными дозами облучения по LQ модели менее 40Гр.

На основании статистической оценки вкладов каждого фактора была создана математическая модель предварительной оценки эффективности самостоятельного лучевого и комбинированного лечения, включившая 15 параметров и имеющая градацию от – 100 до + 100 баллов.

Результаты таргетной модификации лучевой терапии плоскоклеточного орофарингеального рака

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

Геворков А.Р., Бойко А.В., Завалишин Л.Э., Болотина Л.В., Решетов И.В., Плавник Р.Н., Носова Е.А., Хмелевский Е.В., Дрошнева И.В., Рубцова Н.А., Малышева О.А., Гладышев А.А., Соколов В.В., Соловьев В.А., Степанов С.О.

При лечении рака слизистых полости рта и глотки более чем в половине случаев вопрос стоит о значительном по распространенности опухолевом процессе с вовлечением нескольких жизненно важных зон, отвечающих за питание, дыхание, речь.

Возможности хирургического лечения нередко ограничены нерезектабельностью опухолей. При этом тяжелое инвалидизирующее лечение не гарантирует от рецидивирования процесса. На сегодняшний день стандартом лечения больных с такими опухолями является химиолучевая терапия (ХЛТ) в самостоятельном плане или в комбинации с другими методами. В то же время недостаточное улучшение показателей выживаемости, а также ряд ранних и поздних побочных эффектов не позволяет назвать оптимальными существующие схемы химиолучевого воздействия. Плоскоклеточный рак представляет 90% всех опухолей головы и шеи и характеризуется гиперэкспрессией рецепторов к эпидермальному фактору роста (EGFR), приводящей к формированию агрессивного радиорезистентного фенотипа опухоли.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности и переносимости одновременной ХЛТ больных местнораспространенным плоскоклеточным раком орофарингеальной зоны с модификацией цетуксимабом и цисплатином в рамках самостоятельного и комбинированного лечения.

Материалы и методы: Одноцентровое рандомизированное проспективное клиническое исследование включило 44 больных местнораспространенным орофарингеальным раком III-IV ст.: ротоглотки (21), языка (6), дна полости рта (7), щеки (6) и слизистой альвеолярного отростка (4). У 33 (75%) больных IV стадия процесса, у 11 (25%) – III. Пациентам проводилась ХЛТ до СОД 40-50Гр с радиомодификацией цетуксимабом (400 мг/м2 за неделю до лучевой терапии и затем по 250 мг/м2 еженедельно) и цисплатином (30мг х 3 дня). Оценивался эффект лечения (RECIST), его переносимость (CTC 3,0 NCI) и качество жизни (EORTC QLQ 30, QLQ H&N35). Исследовались потенциальные предикторы эффективности ХЛТ (в т.ч. EGFR, Ki67, p53, ВПЧ и др.). На II этапе у 26 из 44 (59%) человек продолжено химиолучевое лечение до СОД 60-70Гр, у 10 (23%) выполнена операция, 4 (9%) отказались от дальнейшего лечения, 2 (4,5%) – на этапе контрольного обследования после ХЛТ в СОД 40Гр-50Гр, 2 (4,5%) – на первом этапе ХЛТ. Результаты: У всех пациентов реализован запланированный объем ХЛТ. В процессе лечения отмечались кожные реакции I-III ст. и лучевой эпителиит I-III ст. Непосредственные результаты ХЛТ в СОД 40-50Гр: полная резорбция первичной опухоли – у 18 (41%) пациентов, резорбция >60% - у 16 (36%), 40%-60% - у 6 (14%), четверо (9%) в процессе лечения. Лечебный патоморфоз III-IV ст. отмечен в первичном очаге у 7 (70%) из 10 прооперированных больных, I-II ст. – у трех (30%). Лимфаденэктомия выполнена 13 и планируется трем пациентам. Лечебный патоморфоз III-IV ст. в лимфоузлах определен в 8 случаях (62%), I-II ст. – в пяти (38%). Сроки наблюдения пациентов после лечения составляют от 76 до 4 месяцев (средний показатель 20 месяцев), исключая четырех больных в процессе лечения.

На момент публикации живы 30 (68%) из 44 больных. Без рецидива и продолженного роста 25 (57%) человека. Основным побочным эффектом ХЛТ является ксеростомия (2 ст. - 10 (23%) больных, 1ст. – 21 (48%)). Выводы: Полученные данные свидетельствуют, что предложенная схема лечения высокоэффективна, что подтверждается полной резорбцией опухоли у 41% больных местнораспространенным раком, а также лечебным патоморфозом III-IV ст. в первичном очаге у 70% прооперированных пациентов.

ЧЛХ

Минимально инвазивные технологии в хирургическом лечении больных с травмами суставного отростка нижней челюсти

Балин В.Н., Епифанов С.А., Скуредин В.Д.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, Москва

Переломы суставного отростка составляют, по данным литературы, от 12,5% до 30% всех травм нижней челюсти и от 6-10% переломов костей лицевого скелета. Отсутствие правильного сопоставления костных фрагментов может привести к их патологической консолидации, развитию дисфункции височно-нижнечелюстного сустава вплоть до анкилоза, что значительно снижает качество жизни данной категории пациентов.

Классическим подходом можно считать «от-

крытую» методику проведения операции через подчелюстной разрез с проведением ревизии области перелома, репозиции костных фрагментов и их фиксации накостными титановыми конструкциями. Данная оперативная техника имеет ряд недостатков: при подчелюстном доступе риск повреждения краевой ветви лицевого нерва варьирует от 10 до 32%, невозможно полностью восстановить связь сухожилия жевательной мышцы с местом его прикрепления, что может привести к развитию суставных парафункций и появлению длительно существующих мышечных «конгломератов» деформирующих контуры лица, при высоких переломах имеется риск лизиса малого фрагмента суставного отростка из-за трофических нарушений, наличие грубого рубца на коже подчелюстной области как следствие «открытого» хирургического доступа.

Нами разработана методика хирургического лечения больных с травмами и деформациями суставной головки нижней челюсти внутриротовым способом с применением эндоскопической техники. Подобная методика дает хорошие результаты при мелкооскольчатых переломах головки суставного отростка с отрывом и дислокацией одного из костных фрагментов. Суть методики заключается в эндоскопически-ассистированном внутриротовом удалении смещенного костного фрагмента. Аналогичная методика применяется нами при костных анкилозах височно-нижнечелюстного сустава, как хорошая альтернатива травматичной операции через «наружный» доступ. Мы производим внутриротовую остеотомию основания суставного отростка нижней челюсти под эдоскопическим контролем с дальнейшим формированием ложного сустава путем адаптации костных фрагментов и фиксацией между ними нерезорбируемого синтетического имплантата из материала Gore-Tex. Эндоскопически-ассистированный внутриротовой остеосинтез переломов ветви нижней челюсти применяется в практике, но не всегда дает возможность хорошо сопоставить и зафиксировать костные фрагменты, в таких случаях производится конверсия операции на «открытый» доступ. В таких случаях ранее сформированный для эндоскопического доступа субпериостальный карман дает возможность хорошо ориентироваться и проводить операцию менее травматично, сокращая сроки реабилитации.

Перспективным в данном направлении является использование углового сверлящего инструментария, самонарезающих винтов для остеосинтеза. Использование трансбуккального троакара хоть и расширяет возможности внутриротового доступа, но может привести к травме ветвей лицевого нерва, ткани околоушной слюнной железы и появлению рубцов в эстетически значимой зоне. Таким образом, описанная методика лишена недостатков, присущих классическому способу, уменьшается время оперативного вмешательства и его травматичность, значительно сокращает сроки реабилитации данной группы пациентов.

"Дезоморфин" - ассоциированные остеонекрозы

Басин Е.М., Медведев Ю.А., Коршунова А.В., Сатуева Д.Б., Серова Н.С., Бабкова А.А., Курешова Д.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Наркомания в современном обществе является одной из важнейших социальных и медицинских проблем, которая наносит удар по самой трудоспособной части населения. Отмечается неуклонный рост числа лиц, употребляющих синтетические наркотические вещества, такие как дезоморфин или первитин, при изготовлении которых используется кодеинсодержащие препараты, красный фосфор, кислоты, ацетон, бензин, кристаллический йод и др. Эти препараты и химические вещества могут оказывать токсическое влияние на различные органы и ткани человека, в том числе челюстно-лицевой области, что проявляется в развитии атипичные остеомиелитов костей лицевого черепа, протекающих по типу гибели костной ткани – остеонекрозу.

Цель. Разработать принципы лечения остеонекрозов костей лицевого черепа и устранения дефектов челюстей у лиц с наркотической зависимостью. Материал и методы. В период с 2007 по 2014 г. обследовано 165 наркозависимых больных, отмечавших в анамнезе употребление синтетического наркотического препарата дезоморфина, в ходе приготовления которого применялся красный фосфор. Длительность приема наркотического препарата составила от 2 месяцев до 10 лет. При поступлении в клинику всем больным произведено клиническое, рентгенологическое, микробиологическое обследование по стандартной схеме. Результаты исследования и обсуждение. У 164

обследованных пациентов выявлен гепатит С. У 22 пациентов был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции на различных стадиях.

По данным клинической картины отмечалось обнажение костной ткани (165 наблюдений – 100%), развившемся после удаления зуба и сохраняющимся более 8 недель, наличие упорного гнойного отделяемого с ихорозным запахом, прогрессирование рецессии десны, отсутствием видимых элементов размягчение кости и грануляционной ткани, повышенная плотность костной ткани, отсутствие зон демаркации и увеличение сроков формирования секвестров, наличие патологических переломов челюстей (13 пациентов), массивные периостальные разрастания новообразованной костной ткани в местах присоединения надкостницы к костям лицевого скелета (с преимущественной локализацией в области нижней челюсти).

Наиболее информативным способом диагностики остеонекроза челюстей у лиц с наркотической зависимостью является компьютерная томография. Ее преимущества перед традиционными рентгенографическими методами очевидны. КТ-картина характеризуется несколькими очагами с возможной локализацией в разных анатомических областях; хаотичным чередованием зон остеосклероза с зонами остеопороза, напоминающих «мыльную пену»; отсутствием выраженной зоны демаркации по краям процесса, наличием массивных периостальных наслоений, диффузным распространением процесса, выходящим за пределы черепных швов и соединений костей средней зоны лица и основной костью. Оперативное вмешательство на костном отделе лицевого скелета проводили в условиях общего обезболивания с предварительной катетеризацией центральных вен за 2-7 суток для нормализации объема циркулирующей крови, проведении антибактериальной, десенсибилизирующей, противовоспалительной, общеукрепляющей терапии. На нижней челюсти произведено 68 оперативных вмешательства: Резекция нижней челюсти с установкой сетчатого имплантата – 26, резекция нижней челюсти с установкой титановой или никелид титановой реконструктивной пластины – 12, резекция нижней челюсти с экзартикуляцией и установкой сетчатого имплантата – 14, блоковая резекция нижней челюсти – 8, удаление нижней челюсти – 8 пациентов.

Выводы. Для ликвидации гнойно-некротических процессов в костях лицевого черепа у лиц с наркотической зависимостью необходимо проведение комплексного поэтапного лечения с санацией очагов в различные сроки для оценки степени заживления костной ткани индивидуально у каждого пациента, что способствует более рациональному выбору метода будущего эндопротезирования и устранения, возникших дефектов опорных тканей челюстно-лицевой области.

Ранняя коррекция черепа у детей с синдромальными и несиндромальными краниосиностозами

Бельченко В.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель работы: улучшение функциональных и косметических результатов лечения детей с синдромальными и не синдромальными краниосиностозами.

Задачи: оценить результаты оперативного вмешательства у детей с синдромальными и не синдромальными краниосиностозами, в зависимости от причин развития деформации. Материалы и методы: с 1983 по 2014 гг. проведено лечение 376 детей с несиндромальными краниосиностозами в возрасте от 5 дней 17 лет и 263 ребенка в возрасте от 1,5 месяцев до 18 лет - с синдромальными краниосиностозами – всего 639 пациентов. Результаты.

Анализ результатов обследования и лечения данных групп пациентов показывает, что практически любая черепно-лицевая деформация нуждается в комбинированном лечении. Неадекватная трактовка измененной костной анатомии и недостаточное знание патогенеза деформации ведут к такому же не адекватному лечению и, как следствие, посредственным результатам. Необходимо четко дифференцировать этиологию различных форм краниосиностозов, так как в зависимости от причин развития деформации меняется метод ее устранения. При лобной синостозной плагиоцефалии и тригоноцефалии выполняется радикальное ремоделирование лба, глазниц, височных областей и передней черепной ямки, при компенсаторной плагиоцефалии (лямбдовидный синостоз) прово-

дится реконструкция заднего отдела свода черепа и задней черепной ямки, а при деформационной плагиоцефалии – лечение, чаще всего, носит консервативный характер с использованием моделирующего шлема.

Необходимо помнить, что при синостозной лобной плагиоцефалии поражается почти весь череп, а не одна лобная кость на стороне синостоза. При скафоцефалии оперативное вмешательство направлено на нормализацию продольного и поперечного размеров черепной коробки, а в некоторых случаях и на улучшение формы лба. Нельзя забывать, что практически любая форма краниосиностоза ведет к уменьшению нормального объема черепной коробки и сдавлению головного мозга, что в свою очередь, требует увеличения полости занимаемой головным мозгом. Пациенты с множественным синостозом в подавляющем большинстве случаев имеют синостоз коронарного кольца. Поэтому, независимо от формы головы, у них присутствует брахицефалия, оксицефалия или турricефалия. При оксицефалии кроме ремоделирования черепа необходимо устранить сагиттальный и билямбдовидный синостоз. Если при устранении несидромальной формы туррибрахицефалии бывает достаточно провести ремоделирование лба и глазниц, то при синдромальной туррибрахицефалии (синдромы Crouzon, Pfeiffer и др.), особенно в старшей возрастной группе, необходимо освобождение сагиттального синостоза и тотальное ремоделирование мозгового и лицевого черепа.

Выводы. Анализ отдаленных результатов лечения показывает, что больные с синдромальными краниосиностозами составляют особо тяжелую группу. По сравнению с несиндромальными краниосиностозами, у этой группы пациентов часты рецидивы и вторичные поздние пансиностозы.

Хирургическое лечение пациентов синдромами Apert, Crouzon и Pfeiffer.

Бельченко В.А., Колтунов Д.Е.

Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Цель: Разработка современных методов и определение этапов хирургического лечения краниофациальной патологии у пациентов с синдромами Apert, Crouzon и Pfeiffer. Материалы и методы: Под наблюдением находилось 111 детей с синдромами Apert, Crouzon и Pfeiffer. 52 пациента с синдромом Apert, 37 пациентов с синдромом Crouzon и 22 - с синдромом Pfeiffer.

Работа проведена на базе «Научно-Практического Центра медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врождёнными заболеваниями нервной системы ДЗМ». В исследуемой группе больных было 73 мальчика и 38 девочек в возрасте от 1 мес. до 16 лет. Выполненные операции в зависимости от клинических проявлений включали: краниопластику, круговую орбитотомию, остеотомию верхней челюсти по Le Fort III и Le Fort I, остеотомию нижней челюсти, реконструкцию лобно-глазничного комплекса, контурную пластику с использованием полнослойных и расщепленных аутотрансплантатов со свода черепа, трансназальную кантопексию, подслизистую резекцию перегородки носа и нижних носовых раковин, остеотомию костей носа, гениопластику, пластику твердой мозговой оболочки, ринопластику, экзентерацию клеток решетчатого лабиринта. Дистракционный остеосинтез применён у 9 пациентов с недоразвитием средней зоны лица в возрасте от 5 до 17 лет. Из них 5 больных с синдромом Crouzon, 3 пациентов с синдромом Apert и 1 с синдромом Pfeiffer. У 7 пациентов были установлены накостные КДА и у 2 больных - RED аппарат

Результаты: Получены хорошие отдаленные результаты. (Срок наблюдения от 7 лет до 1 года). Разработана современная тактика и этапы хирургического лечения синдромальных краниосиностозов у детей, с учётом возраста пациентов, степени выраженности клинических проявлений, характера деформации костей черепа.

Срединная киста шеи или тиреоглоссальная киста? Топографо-анатомическая коррекция терминологии

Гога Д.Г., Надточий А.Г.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Цель и задачи. Определение частоты встречаемости патологических изменений по ходу тирео-

глоссального протока (ТГП) у пациентов с так называемыми «срединными кистами шеи» («СКШ») с целью повышения точности диагностики и улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование и ультразвуковое исследование всей зоны расположения ТГП (от слепого отверстия языка до щитовидной железы) 50 пациентам в возрасте от 1,5 лет до 73 лет с «СКШ» без наличия свищей в области передней поверхности шеи.

Результаты и обсуждение. У 50 пациентов выявлено 76 кистозных образования: у 17 пациентов было по 2 кисты, у 3 пациентов – по 3 кисты, у 1 пациента – 4 кисты. Таким образом, 21 пациента (42%) с «СКШ» имели множественные кисты: 23 кисты располагались в корне языка (КЯ) и 3 – позади подъязычной кости (ПЯК). По отношению к ПЯК все выявленные кисты располагались следующим образом: - надподъязычные (расположенные в корне языка) – 30,3%; - околоподъязычные (широко прилегающие к подъязычной кости) – 22,4%; - предподъязычные (расположенные кпереди от подъязычной кости – в надподъязычной области) – 7,9%; - позадиподъязычные (расположенные кзади от подъязычной кости – в преднадгортанниковом и окологортанном пространствах) – 3,9%. - подподъязычные (расположенные книзу от подъязычной кости) – 35,5%. Таким образом, у 34,2% пациентов с «СКШ» без наличия свищей в области передней поверхности шеи выявлены патологические изменения не только в передней области шеи, но и в начальной (язычной) части ТГП, существование которых не имело клинических проявлений.

Заключение. Понимание того, что при наличии «СКШ» весьма вероятно существование патологических изменений в корне языка совершенно по иному организует диагностический процесс и, главное, определяет тактику лечения. Выявление у пациентов с «СКШ» патологических образований в начальной (язычной) части ТГП требует расширения объема хирургического вмешательства во избежание рецидива заболевания. Так называемые «СКШ» являются лишь внешней, наиболее легко определяемой клинически, частью общей патологии ТГП. Однако термин «СКШ» как таковой вовсе не подразумевает необходимость тщательного изучения КЯ и других зон расположения ТГП. В этом отношении более корректным является термин «тиреоглосальная киста», который отражает этиопатогенез имеющихся изменений и требует проведения прицельного исследования области расположения ТГП.

Показатели цитокинов у больных с остеонекрозом костей лицевого черепа

Д.м.н. Т.П. Иванюшко, к.м.н. Е.М. Басин, Р.А. Балыкин

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва

Механизм остеонекрозов костей лицевого скелета сложен и до конца не изучен, особенно у лиц с наркотической зависимостью. Известно, что препараты содержащие красный фосфор, полученные при изготовлении суррогатных наркотических средств, накапливаются в костной ткани, изменяя соотношение минеральных и органических компонентов, приводят к нарушению метаболизма костной ткани. Возникновение остеонекроза преимущественно в челюстных костях связывают с бактериальной флорой полости рта и активацией системы врожденного иммунитета- провоспалительными цитокинами.

Целью исследования явилось определение роли про-и противовоспалительных цитокинов (ФНОа, ИЛ-10 и ТФРb) в развитии остеонекрозов челюстей, вызванных приемом синтетических наркотических средств, в ходе изготовления которых использовался красный фосфор.

Материал и методы. Обследовано 26 больных с остеонекрозом костей лицевого скелета (ОН) в возрасте от 20 до 55 лет. Остеонекроз челюстей стал следствием приема дезоморфина – кустарного наркотического препарата из кодеинсодержащих лекарств, в ходе изготовления которого используется красный фосфор, а так же различные кислоты, щелочи, бензин. Больные принимали внутривенно дезоморфин в течение длительного периода времени – от 1,5 до 3 лет. В полости рта у больных с ОН наблюдались следующие клинические проявления: рецессия слизистой оболочки полости рта, оголение костной ткани альвеолярного отростка челюстей сроком более 8 недель, упорное гнойное отделяемое с ихорозным запахом. У ряда больных возникали патологические переломы челюстей, формировались свищевые ходы. Иммуноферментным методом был определен уровень цитокинов (ФНОа, ИЛ-10, ТФРb-1) в ротовой жидкости и раневом содержимом.

Результаты. Уровень ФНОа в раневом экссудате и ротовой жидкости у больных с ОН был в 12-15 раз больше чем у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ГВЗ ЧЛО). Содержание ИЛ-10 у больных с ОН в раневом экссудате и в слюне было низким, а у 38,5% больных он полностью отсутствовал (10 больных из 26 обследованных). У больных с ОН в ротовой жидкости и в раневом экссудате уровень ТФРb-1 был в 2-3 раза выше, чем у больных с ГВЗ ЧЛО. Таким образом, у больных ОН в отличие от больных с ГВЗ ЧЛО более выражен дисбаланс про-и противовоспалительных цитокинов(ФНОа, ИЛ-10, ТФРb-1), что свидетельствует о повышении функциональной активности иммунокомпетентных клеток. В развитии остеонекрозов костей лицевого скелета на фоне приема наркотических препаратов, содержащих красный фосфор, важную роль играют факторы врожденного иммунитета, система про- и противовоспалительных цитокинов. Исследование факторов врожденного иммунитета при остеонекрозах костей лицевого скелета требует дальнейшего изучения.

Особенности лечения взрослых пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией, обусловленной нарушением развития челюстей

Дробышев А.Ю., Слабковская А.Б., Дробышева Н.С., Чантырь И.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Диагностика и лечение пациентов с аномалиями зубочелюстной системы является актуальной проблемой современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, в связи с высокой распространенностью их среди населения. Одной из наиболее сложных аномалий считается вертикальная резцовая дизокклюзия. Симптоматическим проявлением вертикальной резцовой дизокклюзии является отсутствие смыкания передней группы зубов верхней и нижней челюстей. В период прикуса постоянных зубов, когда потенциал роста лицевого черепа завершен, формируется стойкая скелетная деформация, основным способом коррекции которой становится комбинированное ортодонтическое и хирургическое лечение.

Цель и задачи работы. Повышение эффективности комбинированного лечения взрослых пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией, обусловленной нарушением развития челюстей.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2013 гг. нами было проведено комплексное обследование и комбинированное лечение 43 пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией. Возраст пациентов составил от 18 до 35 лет, среди них 20 мужчин и 23 женщин. Комплексное обследование пациентов включало в себя: осмотр лица и полости рта, антропометрическое исследование гипсовых моделей зубных рядов, рентгенологическое обследование – ортопантомография, телерентгенография в прямой и боковой проекциях (выполнялись при первичном обследовании пациентов), компьютерную томографию лицевого черепа и магнитно-резонансную томографию височно-нижнечелюстных суставов. Всем пациентам выполнялась клиническая фотография с целью планирования и оценки результатов лечения. У большинства пациентов было выявлено выраженное сужение верхней челюсти. В следствие этого первым этапом мы проводили остеотомию верхней челюсти по Le Fort I и срединному небному шву с фиксацией и активацией небного дистракционного аппарата с целью достижения необходимых трансверсальных параметров. Ортодонтическое предоперационное лечение заключалось не только в нормализации положения зубов, формы и размеров зубных рядов, но и в подготовке для проведения сегментарной остеотомии верхней челюсти.

При планировании операции мы использовали компьютерные программы Dolphin Imaging 11.0 и SurgiCase Materialise 5.0, а также проводили «хирургию гипсовых моделей» с изготовлением сплинтов с целью контроля перемещения челюстей. Из ортогнатических методик использовались – сегментарная остеотомия верхней челюсти по Le Fort I, межкортикальная остеотомия нижней челюсти с постановкой в ортогнатическое соотношение. Остеотомия подбородка, остеотомия скуловых костей выполнялись по эстетическим показаниям. Послеоперационное ортодонтическое лечение проводилось более длительно по сравнению с другими аномалиями.

Полученные результаты. В результате нашей работы получены данные, что изолированно вертикальная резцовая дизокклюзия встречается редко. Наиболее часто сочетается с мезиальной и пере-

крестной окклюзией зубных рядов. Необходимо учитывать, что предоперационное ортодонтическое лечение имеет ряд особенностей, связанных с подготовкой к сегментарной остеотомии верхней челюсти, которую проводят с целью получения более стабильного результата, при этом перемещение в вертикальной плоскости переднего сегмента верхней челюсти выполняют с гиперкоррекцией. В послеоперационном ортодонтическом периоде необходимо сохранять межчелюстную фиксацию более длительное время и только под контролем хирурга и врача-ортодонта.

Выводы. Взрослым пациентам с вертикальной резцовой дизокклюзией показано проведение комбинированного лечения, включающее хирургические и ортодонтические методы, для получения стабильного функционального и эстетического результата. Очень важно при этом взаимопонимание и сотрудничество челюстно-лицевого хирурга и врача-ортодонта на всех этапах лечения пациента.

Применение материала "Коллост" для устранения остаточных полостей в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

Дьячкова Е.Ю., Медведев Ю.А., Серова Н.С.

Первый Московский государственный медицинский университет им.И.М.Сеченова, Москва

Введение. В повседневной практике челюстно-лицевые хирурги и хирурги-стоматологи применяют широкий спектр препаратов для устранения остаточных костных полостей. Часто используют цементирующие материалы на основе фосфорно-кальциевых соединений, костные минералы, получаемые из тканей крупного рогатого скота и кораллов, композиты с коллагеновым базисом (А.С.Григорян, 2006; Т.С.Мажаренко, 2007). Уже известно, что скорость восстановления костной ткани на месте дефекта, образующегося после проведения цистэктомии, удаления ретинированного дистопированного нижнего третьего моляра, зависит от свойств используемого при этом костнопластического материала, в основном, от способности стимулировать образование новой костной ткани и процессов ее минерализации.

Условно такие препараты можно разделить на 3 группы: 1) обладающие прямым остеоиндуктивным действием; 2) с прямым остеокондуктивным свойством; 3) имеющие оба свойства по отношению к остеогенезу. Для проведения полноценного лечения пациентов необходимы материалы, входящие в последнюю группу. Однако они не многочисленны и включают в себя только аутогенные трансплантаты. Хорошие результаты можно получить при заполнении полостей препаратами на основе коллагена 1 типа, причем, их эффективность достаточно велика, а спектр применения в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии весьма широк.

Цель: повышение эффективности хирургического лечения пациентов с кистами челюстей. Материалы и методы. На базе клиники челюстно-лицевой хирургии Первого МГМУ им.И.М.Сеченова в практике после цистэктомии с 2010 по 2014 гг. мы применяли препарат «Коллост». Этот материал, содержащий нативный коллаген 1 типа из кожи крупного рогатого скота, обладает стеокондуктивным свойством, обеспечивая образование и рост фибробластов, с последующей модификацией фиброзной ткани в костную. Под наблюдением находилось 28 пациентов с диагнозом кист верхней или нижней челюсти. Всем им была проведена операция в объеме: Цистэктомия. Заполнения костной полости материалом «Коллост». В случае необходимости проводили удаление зубов, находящихся в полости кисты или резекцию верхушек корней. На верхней челюсти применяли материал в форме жгутов, на нижней челюсти- в форме шариков и малых мембран (в случае объема полости свыше 1,5 куб.см). В до-и послеоперационном периоде на сроках 1,3, 6 месяцев проводилось рентгенологическое исследование (ортопантомография). Результаты. Течение послеоперационного периода у всех было гладкое. Швы снимали на 7-9ые сутки. На контрольных рентгенограммах через месяц визуализировалось усиление контура кисты, начало регенеративных процессов. Через 3 месяца определялись признаки интенсивной остеорепарации- отдельные пучки костных балок, хаотично направленных. Через 6 месяцев процесс костной регенерации был практически завершен-определялась зрелая костная ткань, не отличающаяся от окружающей интактной.

Выводы. Применение костнопластического материала «Коллост» для устранения остаточных полостей после операции цистэктомии уменьша-

ет сроки костной регенерации на 3-6 месяцев по сравнению со стандартными методами лечения.

Эндоскопические технологии в хирургии височно-нижнечелюстного сустава

Епифанов С.А., Балин В.Н., Игнатьева А.Н.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, Москва

Диагностика и лечение заболеваний ВНЧС, в настоящее время, представляет одну из самых сложных проблем челюстно-лицевой хирургии. С одной стороны это связано с особенностью анатомического строения, с другой, - отсутствие четкого, единого подхода к диагностике и выбору оптимального способа лечения этой категории больных. Одним из лечебно-диагностических видов хирургической помощи пациентам с височно-нижнечелюстными расстройствами является артроскопия. Однако, для проведения артроскопического вмешательства должны быть четкие показания. В период с 2011 по 2013 г. под нашим наблюдением находилось 153 пациента, проходивших лечение по поводу «лицевых болей» в отделении неврологии.

С целью дифференциальной диагностики всем пациентам выполнено ВРТ ВНЧС, электромиография жевательной мускулатуры, аускультация области ВНЧС, определения прикуса. У 72 пациентов выявлены признаки височно-нижнечелюстных расстройств, проявляющиеся в виде мышечно-суставной формы дисфункции. На МРТ определялось смещение суставного диска различной степени выраженности. Больным назначена окклюзионная миорелаксирующая терапия по методике В.А.Хваловой (2001 г.) в комбинации с медикаментозной терапией. При контрольном исследовании через 5-6 месяцев, у 23 пациентов были явные проявления дислокации суставных дисков, преимущественно на стороне поражения, что потребовало проведения артроскопических вмешательств.

В представленной группе пациентов была проведена лечебно-диагностическая артроскопия ВНЧС. Эндовидеохирургическое лечение включало в себя 3 основных этапа: 1. Диагностический: визуальная оценка степени изменений синовиальной оболочки верхней камеры сустава, инъецированность сосудов оболочки, целостность диска и его локализации, выраженность спаечного процесса. 2. Хирургический: рассечение спаек, удаление деформированных фрагментов хряща, инструментальная репозиция суставного диска, артролаваж. 3. Медикаментозный: введение в полость сустава стероидных противовоспалительных препаратов. 4. Оценку результатов лечения проводили через один, три и шесть месяцев.

Основным оценочным критерием является показания ширины открывания рта в мм.: до оперативного лечения этот показатель составил 17 мм., через 6 месяцев - 35 мм. Полученные результаты свидетельствуют о положительном результате проведенного хирургического лечения, однако, у 2-х пациентов мы не наблюдали явно положительного эффекта, показатель ширины открывания рта до оперативного лечения был 11 и 13 мм, через 6 месяцев после оперативного лечения 14 и 15 мм соответственно, что потребовало проведения открытой репозиции суставного диска с пластикой заднедисковой связки.

Таким образом, минимально инвазивные технологии в хирургии височно-нижнечелюстных расстройств являются перспективными. Учитывая малую травматичность и стабильно положительный результат, их целесообразно использовать при дегенеративных изменениях суставных дисков. Перспективным является применение препаратов гиалуроновой кислоты для внутрисуставного введения.

Клинические, рентгенологические и морфологические особенности бисфосфонатных остеонекрозов челюстей у пациентов со злокачественными новообразованиями различной локализации

Заславская Н.А., Дробышев А.Ю., Волков А.Г., Лежнев Д.А., Волков А.В., Савченко З.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Бисфосфонаты – ведущий класс препаратов, применяемых при лечении больных злокачественными новообразованиями с наличием метастатического поражения костей. Одним из осложнений применения данного вида препаратов являются остеонекрозы челюстей (R.E.Marx, 2003). Ежегодно в мире увеличивается количество больных бис-

фосфонатными остеонекрозами челюстей (БОНЧ), патогенез которых окончательно не ясен. В настоящее время в патогенезе данного заболевания ведущую роль отводят травме в результате проведения инвазивных стоматологических вмешательств и наличию хронических очагов одонтогенной инфекции.

Цель исследования. Выявление особенностей БОНЧ, отличающих их от других патологических процессов в костной ткани. Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 60 больных БОНЧ, у всех пациентов анализировали показатели местного иммунитета в полости рта. Из дополнительных методов обследования проводили рентгенологическое обследование, которое включало проведение ортопантомографии (ОПТГ), а также мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в динамике. Был выполнен сравнительный морфометрический анализ образцов секвестров больных с БОНЧ (15 образцов), а также пациентов с остеонекрозом на фоне наркотической зависимости (5 образцов) и с одонтогенным остеомиелитом челюстей (5 образцов).

Результаты и обсуждение. В результате клинического обследования выявлено, что БОНЧ характеризуется наличием участков обнаженной костной ткани в полости рта, локализованных в дистальных отделах челюстей (85% случаев), наличием свищевых ходов на слизистой оболочке полости рта (75% обследованных), без выраженной асимметрии лица. При анализе показателей местного иммунитета в полости рта выявлено снижение содержания в слюне защитного S-IgA, изменение субпопуляционного состава нейтрофилов в сторону уменьшения как поздних, так и ранних двойных нейтрофилов, а также снижение активности и интенсивности фагоцитоза.

При анализе результатов рентгенологического обследования по результатам ОПТГ в 50,0% случаев отсутствовали признаки секвестрации в дистальных отделах челюстей, твердого неба и дна полости носа. Данные МСКТ в 96,7% случаев позволили выявить ранние и поздние признаки остеонекрозов челюстей в виде повышения плотности костной ткани в зонах формирующегося некроза. Значимая периостальная реакция не характерна для БОНЧ и выявлена лишь в 3,3% обследованных. При локализации очага остеонекроза на верхней челюсти у 35,0% больных выявлены признаки сопутствующего верхнечелюстного синусита, в 5,0% случаев – вовлечение в процесс передних отделов твердого неба. При локализации на нижней челюсти распространение процесса в область ветви выявлено у 10,0% обследованных пациентов.

Характерными морфологическими особенностями БОНЧ явились: отсутствие признаков остеорегенерации, правильная структура и четкость линий склеивания. Индекс, характеризующий активность резорбции составил 96,14%, что свидетельствует о вовлечении в резорбцию практически всей поверхности кости. Выводы. БОНЧ обладают рядом клинических, рентгенологических и морфологических особенностей, отличающих их от других патологических процессов в костной ткани. Особенности местного иммунитета в полости рта у больных БОНЧ указывают на глубокое угнетение местных механизмов защиты, что необходимо учитывать при выборе протокола лечения для данной группы больных.

Методы пластики оро-антрального свища при одонтогенном верхнечелюстном синусите

Магомедов М.М., Хелминская Н.М., Гончарова А.В., Старостина А.Е.

Городская клиническая больница N1 им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение: Перфорация верхнечелюстных пазух является основным этиологическим фактором в развитии одонтогенного синусита. В.В. Шулаков В.В. Лузина (2011г.) оставляют ей ведущее место – от 41,2 до 91,7%. У мужнин перфорация встречается чаще, чем у женщин по данным (A.E.Borgonovo F.V. Berardinelli 2012г.) Перфоративный синусит возникает при удалении молляров (реже премаляров) верхней челюсти у больных по поводу различных форм хронического периодонтита с целью санации полости рта. Предпосылками к возникновению перфорации является 1)анатомические особенности пазух, остеомеатального комплекса и альвеолярного отростка верхней челюсти;2) наличие одонтогенного воспалительного процесса, способствующего истончению и деструкции костной ткани. В настоящее время как в лор-стационарах так и в стационарах челюстно-лицевой хирургии закрытие оро-антрального сообщения производится лишь мягкотканым лоскутом, при этом костный дефект лунки зуба не восстанавливается. Одномо-

ментная остеопластика костного дефекта нижней стенки верхнечелюстной пазухи выполняется редко, несмотря на бурное развитие имплантологии и наличие большого количества остеопластических биокомпозиционных материалов на современном рынке.

Цель исследования заключалась в сравнительной характеристике остеопластических материалов для устранения костного дефекта нижней стенки верхнечелюстной пазухи и создании полноценной костной ткани альвеолярного отростка.

Материалы и методы: Были отобраны 40 пациентов с оро-антральным сообщением лунки 6-го зуба до 10мм в диаметре по данным компьютерной томографии. Больные предъявляли характерные клинические жалобы. Больные были разделены на группы по 10 человек в каждой. В 1-ой группе для пластики оро-антрального сообщения применялся материал «аллоплант», во 2-ой группе «индост – гель» с мембраной «пародонкол», в 3-ей группе - Био Осс с мембраной Био - Гайд и в 4-ой - слизистый лоскут.

В первой группе порошкообразный стимулятор остеогенеза смешивали с физиологическим раствором до состояния «замазки» и помещали в лунку зуба, после чего лунку укрывали биофасциальной мембраной 1,5х2,0 см. На нее укладывали ранее сформированный слизистый лоскут. Во второй группе в лунку зуба укладывали гель «индост», после чего лунку укрывали мембраной «пародонкол», а сверху слизистый лоскут. В третьей группе также вначале в лунку зуба укладывали материал Био –Осс и сверху закрывали мембраной Био – Гайд.

В последней группе пластику свища производили только слизистым лоскутом. Всем больным производилась радикальная операция по Колдуэлл-Люку. Для пластики свища выкраивался трапециевидный слизистый лоскут по сосочковому краю от 2го до 6го зуба. Выполнялся тщательный кюретаж лунки зуба. Лоскут надсекали, делали дубликатуру слизистой оболочки и ушивали П-образными швами. Тампонаду верхнечелюстной пазухи удаляли на следующий день, промывали пазуху через расширенное во время операции естественное соустье с полостью носа на 5-й день. Результаты: В 1-ой и 3-ей группе у 8 больных пластика была состоятельна (80%), рецидив оро-антрального сообщения через 1 неделю наблюдался у 2х больных, во второй группе через 1 неделю у 4-х пациентов вновь сформировался свищ (60%). В 4-ой группе отмечено 3 рецидива свища (70%). Больным с рецидивами производилась повторная пластика оро-антрального свища.

Через 6 месяцев при физикальном осмотре слизистый лоскут лежал ровно, рецидивов свища, признаков воспаления не было. Производилась компьютерная томография околоносовых пазух для контроля восполнения костного дефекта. На компьютерной томографии отмечалось утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (формирование рубцовой ткани) и восполнение костного дефекта нижней стенки в случае применения остеопластического материала.

Выводы: Проведенные исследования показали, что применение материалов «аллоплант» и «Био –Осс» (80%) для одномоментной остеопластики оро-антрального сообщения при одонтогенном гаймороэтмоидите эффективнее по сравнению с использованием материала «индост» с мембраной «пародонкол» (60%) и пластикой свища только слизистым лоскутом (70%) без восполнения дефекта костной ткани.

Особенности ортогнатической хирургии у пациентов с краниофациальной микросомией

Мазалов И.В., Топольницкий О.З., Абашина А.С., Шестопалов С.И.

Центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, Москва

Одной из целей комплексной реабилитации пациентов с краниофациальной микросомией является нормализация положения челюстных костей. Реабилитационный потенциал таких пациентов низкий.

В силу выраженного недоразвития челюстных костей и мягких тканей, такие операции имеют свои особенности. Нами проведено лечение 103 пациентов с краниофациальной микросомией различных возрастных групп на разных этапах лечения за период 2005-2013 годы, им проведены 11 ортогнатических операций. Нами отмечены значительные сложности при планировании и проведении таких операций в связи с врожденными дефектами и недоразвитием тканей, невозможностью применения стандартных методов планирования и опреде-

ления положения верхней челюсти в пространстве.

Нами впервые разработан протокол реабилитации, применен анализ положения HIP-плоскости верхней челюсти при планировании и анализатор HIP-плоскости Шестопалова С.И. при проведении операций, у пациентов с краниофациальной микросомией.

Лечение больных при переломах мыщелкового отростка с полным медиальным вывихом

Медведев Ю.А. Адыгезалов О.Н., Петрук П.С.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Целью настоящего исследования явилась повышение эффективности лечения больных с высокими переломами мыщелкового отростка нижней челюсти

Материал и методы Под нашим наблюдением на базе клиники челюстно-лицевой хирургии Университетской клинической больницы № 2 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова с 2009 г. по 2014 г. находилось 32 пациента с высокими переломами мыщелкового отростка нижней челюсти с полным медиальным вывихом его головки , из них 8 (25%) женщин и 24 (75%) мужчин, в возрасте от 18 до 70 лет. Всем пациентам до оперативного вмешательства была произведена компьютерная томография. При указанных высоких переломах МО с одной или с обеих сторон нижней челюсти во всех случаях выполняли операции реплантации МО с остеотомией ветви нижней челюсти и металлоостеосинтезом (МОС) различными фиксаторами.

В семи наблюдениях была произведена двухсторонняя реплантация с субкондилярной остеотомией и металлоостеосинтезом в области суставных отростков. В послеоперационном периоде использовали жесткую фиксацию нижней челюсти назубными шинами или полужесткую фиксацию при помощи альвеолярных мини-винтов. В качестве оперативного подхода к мыщелковому отростку (НЧ) использовали поднижнечелюстной или зачелюстной доступы.

Методика операции состояла в следующем. Подчелюстным доступом выполняли разрез кожи, послойно рассекая мягкие ткани, отслаивали жевательную мышцу. Скелетировали ветвь нижней челюсти до условной линии, идущей от середины вырезки до угла нижней челюсти. С помощью пил и фрез выполняли L-образнаю субкондилярую остеотомию в области задневерхнего отдела ветви нижней челюсти. Перед извлечением остеотомированного фрагмента на ветви нижней челюсти выполняли фрезевые отверстия для последующей фиксации сверхэластичными конструкциями. Этот технический прием позволяет сократить длительность операции и способствует более точной реплантации остеотомированного фрагмента в анатомически правильное положение. Остеотомированный фрагмент (реплантат 1) удаляли из раны и помещали в физиологический раствор . Под визуальным контролем тупо и остро выделяли головку нижней челюсти и после отсечения от латеральной крыловидной мышцы ее удаляли из раны . Вне раны осуществляли остеосинтез между репплантатом 1 и головкой нижней челюсти (реплантат 2) с помощью сверхэластичных конструкций из никелида титана. Комбинированный (реплантат 3) вводили в рану, устанавливали в подвисочную позицию, фиксировали к ветви нижней челюсти по ранее намеченным фрезевым отверстиям с помощью конструкций из никелида титана. В большинстве наблюдений восстанавливали целостность суставной капсулы и выполняли реинсерцию латеральной крыловидной мышцы. Рану послойно ушивали, дренировали, накладывали асептическую повязку. Швы снимали на 7-е сутки после операции. Активные движения нижней челюсти начинали на 5—7-е сутки . Из 32 пациентов с медиальным вывихом головки нижней челюсти 21 пациенту остеосинтез между остеотомированым фрагментом и головкой нижней челюсти использовали скобы из никелида титана, 11 пациентам в качестве фиксирующих устройств использовали титановые микропластины. Для фиксации к ветви нижней челюсти блока реплантат 1+головка (реплантат 2) применяли минискобки из никелида титана длиной 8,0 мм с рабочей ножкой до 4,0 мм.

Полученные результаты. Наблюдение за больным в течение 15 месяцев с проведением контрольного КТ обследования показали полное восстановление целостности мыщелковых отростков и их головок, стабильную фиксацию фрагментов без какого либо смещения в динамике функции НЧ, нахождения головок НЧ в суставных ямках и полное восстановление подвижности при открывании и закрывании рта с полноценной нагрузкой при жевании.

Выводы. Применение функционально-стабильного остеосинтеза с использованием вышеуказанных конструкций при лечении высоких переломов мыщелкового отростка с медиальным вывихом головки нижней челюсти позволяет обеспечить полноценную репозицию фрагментов, стабильную внутреннюю фиксацию, отвечающую биомеханическим требованиям,сохранение кровоснабжения и иннервации в зоне перелома, раннюю активацию и мобилизацию мыщц лица и ВНЧС.

Характер повреждений скуло-альвеолярного гребня при переломах скуло-глазничного комплекса

Медведев Ю.А., Соловьева А.А., Шаманаева Л.С., Ян Синь

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальность. Вопросы хирургического лечения переломов скуло-глазничного комплекса достаточно хорошо освещены в современной литературе. Репозиция и фиксация фрагментов – всегда были и остаются главным предметом внимания челюстно-лицевых хирургов. Многие авторы отдают предпочтение репонирующим методикам, которые основаны на использовании крючка Лимберга, различных элеваторов и аппаратов внешней фиксации. Эти методы имеют долгую историю своего развития, некоторые из них отличаются простотой и доступностью и во многих случаях эффективностью своего применения.

До настоящего времени ведется поиск хирургических методов лечения пациентов с переломами скуло-глазничного, которые могли бы обеспечить точную анатомическую реконструкцию скулового комплекса, обеспечить его стабильную фиксацию и снизить процент послеоперационных осложнений. Прогресс в хирургическом лечении пациентов с данной патологией идет по пути совершенствования способов фиксации, отдельных этапов операции, оперативных доступов и взаимодействия репонирующих приемов и оперативных методов.

Целью настоящего исследования является изучение характера и частоты повреждений скуло-альвеолярного гребня при травмах скуло-глазничного комплекса.

Материалы и методы. В отделении челюстно-лицевой хирургии Университетской клинической больницы №2 Первого МГМУ им.И.М.Сеченова под наблюдением находилось 47 больных с различными переломами скуло-глазничного комплекса. На основании тщательного анализа местных клинических симптомов, обзорных рентгенограмм, компьютерной томографии и соответствующих данных литературы мы выделили 4 типа повреждений скуло-альвеолярного гребня. Тип 1 – нарушение целостности скуло-альвеолярного гребня без смещения (4 пациента). Здесь выделен тип 1а – перелом скулового комплекса без смещения, с оскольчатым разрушением скуло-альвеолярного гребня (2 пациента). Тип 2 – нарушение целостности скуло-альвеолярного гребня при ротационном переломе скуло-глазничного комплекса с вертикальной осью вращения (7 пациентов). Тип 2а – оскольчатые разрушения скуло-альвеолярного гребня при ротационном переломе с косой осью вращения, проходящей через скуло-альвеолярный гребень (14 пациентов). Тип 3 – нарушение целостности скуло-альвеолярного гребня при смещении скулового комплекса в полость верхнечелюстного синуса (5 пациентов), тип 3а – разрушение скуло-альвеолярного гребня с повреждением передней стенки верхнечелюстного синуса (12 пациентов). Тип 4 – нарушение целостности скуло-альвеолярного гребня при переломах скулового комплекса с различным характером смещения в комплексе с повреждением альвеолярного отростка верхней челюсти (3 пациента). Результаты.

В качестве краткого комментария к предложенной нами клинической классификации повреждений скуло-альвеолярного гребня мы считаем нужным подчеркнуть то обстоятельство, что у всех 47 пациентов с переломами скуло-глазничного комплекса, скуло-альвеолярный гребень на операции оказался поврежденным. Кроме того, в 37 случаях (78,7%) повреждения носили мелкооскольчатый характер. В ходе оперативного вмешательства мелкие костные фрагменты, смещенные в полость верхнечелюстного синуса удаляли. В результате этого образовывались дефекты кости, что требовало проведения реконструктивно-восстановительных приемов и особой хирургической техники.

Выводы. Таким образом, сформулированная нами классификация переломов скуло-альвеолярного гребня, как важного компонента скуло-альвеолярного контфорса, способствует более правильному пониманию повреждений скуло-глазничного

комплекса, выбору оптимального метода фиксации и построения рациональных схем остеосинтеза в целом. Становится понятным механизм вторичных деформаций при репонирующих методах лечения и выборе способа остеосинтеза скуло-глазничного комплекса без учета всей архитектоники повреждений костных структур при травмах данной области.

Чрескожная радиочастотная деструкция сосудистых поражений челюстно-лицевой области

Овчинников И.А., Рогинский В.В., Надточий А.Г., Рыжов Р.В.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Цель исследования. Разработка и внедрение современного малоинвазивного метода лечения детей с объемными кавернозными и комбинированными мальформациями сложной анатомической локализации, с применением радиочастотной термоабляции. Метод. Использовался аппарат для радиочастотной термоабляции "Cool-tip RF Ablation System". За период с 2008 г. чрескожная дистанционная абляция применялась у 59 больных, из них 53 с мальформацией кровеносных сосудов и 6 с лимфатическими мальформациями. Воздействию подвергались патологические очаги в щечных, околоушно-жевательных, параорбитальных, височных, скуловых областях, в области крыло-челюстного пространства, верхней, нижней губы и языка.

Во всех случаях имели место кавернозные и макрокистозные типы поражений. Манипуляции проводились с использованием УЗ навигации. Активный электрод, диаметром 1 мм, с длиной рабочей части 1 см под контролем УЗИ вводился через прокол кожи или слизистой оболочки в центр патологического очага. При включении аппарата в результате воздействия радиочастотного переменного тока в патологическом очаге происходит колебание заряженных частиц в переменном электромагнитном поле. Эти микродвижения внутриклеточных структур разогревают клетку до коагуляции. Температура внутри очага становится выше 70°С, что вызывает коагуляционную инфильтрацию тканей. На экране монитора эффект РЧА визуализируется в виде вапоризации крови в полости мальформации, при этом датчик аппарата регистрирует повышение импеданса тканей, что является объективным показателем эффективности РЧА.

Результаты. В результате температурного воздействия в патологическом очаге формируется инфильтрат мягких тканей, который сохраняется в течение нескольких дней.

Впоследствии в зоне воздействия происходит перестройка коагуляционного сгустка с формированием фиброзной ткани.

Заключение. Полученные результаты показывают эффективность данной методики при лечении больных с сосудистыми мальформациями.

Остеонекрозы челюстей после приема противоопухолевых препаратов

Поляков К.А., Медведев Ю.А., Омельченко А.С.

отделение челюстно- лицевой хирургии Университетской клинической больницы N2 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва

Цель работы. Несвоевременная диагностика и недостаточная осведомленность о клинике и принципах лечения бисфосфонатного остеонекроза препятствуют продолжению специфического противоопухолевого лечения, отрицательно влияя на продолжительность и качество жизни онкологических больных.

Целью данной работы является разработка диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, направленных на создание единого подхода к лечению бисфосфонатных остеонекрозов. Задачи: Задачи работы сводятся к изучению патогенеза и разработке оптимального этиотропного и патогенетического лечения.

Материалы и методы исследования: Всего наблюдалось 37 пациентов. Диагноз устанавливался по результатам гистологического исследования костной ткани и окружающих мягких тканей, компьютерной томографии костей лицевого скелета. Оценивались данные лабораторных исследований крови, мочи. Выполнялось микробиологическое исследование. Проводилась оценка консервативного и хирургического лечения.

Результаты: При применении бисфосфонатов имеется повышенный риск остеонекроза челюстей у пациентов имеющих стоматологические заболевания в анамнезе. Остеонекроз челюсти у пациен-

тов, находящихся на лечении в нашей клинике, был диагностирован после хирургических стоматологических вмешательств. Характерным началом является незаживающая лунка удаленного зуба, болезненность, появление отечности слизистой альвеолярного отростка, чаще с реакцией надкостницы в виде муфтообразного утолщения. В дальнейшем возможно формирование свищевых ходов, наличие гнойного отделяемого. При ревизии очагов костная ткань изурирована, но очень плотная. После проведения лучевой диагностики определяется очаг деструкции костной ткани альвеолярного отростка, склеротичность кости без четких границ перехода в интактную кость, что подтверждено интраоперационно. Выраженных отклонений от нормы при проведении лабораторных исследований крови, мочи не выявлялось.

Выводы: Лечение таких пациентов является сложной задачей и должно быть направлено на предотвращение дальнейшего распространения остеонекроза, купирование болевого синдрома и сопутствующей интоксикации. Профилактические мероприятия заключаются в проведении санации ротовой полости и полного заживления слизистой до начала приема бисфосфонатов. Наилучшие результаты в лечении остеонекроза достигнуты при проведении комплексного лечения включающего консервативное лечение с последующей радикальной резекцией челюсти в пределах здоровых тканей. Заключение: Лечение пациентов с остеонекрозами челюстей на фоне приема бисфосфонатов должно осуществляться одновременно онкологом и челюстно-лицевым хирургом. Рекомендуется отказ от хирургического лечения остеонекроза во время приема противоопухолевых препаратов.

Классификация поражений кровеносных сосудов головы и шеи - новый взгляд

Рогинский В.В., Надточий А.Г., Григорян А.С., Соколов Ю.Ю., Солдатский Ю.Л., Неробеев А.И., Ковязин В.А.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Цель: На основе мультидисциплинарного изучения поражений кровеносных сосудов. разработать клинико-биологическую классификацию. Материал: Проведен анализ 2625 наблюдений (проспективный и ретроспективный) над пациентами различных возрастов (2194 детей и 431 взрослых) находившихся под наблюдением и на лечении в институтских клиниках в период 1990-2013 гг.

Методы: клинико-лабораторный радиологический (УЗИ, МРТ, ангиография, КТ) морфологический иммуногистохимический компьютерная капилляроскопия Результаты. Выявлено, что все виды поражений кровеносных сосудов челюстно-лицевой области и шеи состоят из трех больших, различных по клинико-биологическим характеристикам групп: гиперплазии (т.н. инфантильные и врожденные гемангиомы), мальформации (М), опухоли . Гиперплазии возникают только в детском возрасте, с рождения или через 2-4 недели после. Основная морфологическая характеристика –пролиферация эндотелия сосудов, и в меньшей мере разрастания других тканей, что определяет объем поражения. Основная особенность –подвергаются инволюции (полной или неполной). В классификации ISSVA (ранее обозначались) как infantile hemangioma u congenital hemangioma (RICH and NICH) Самые частые поражения детей 1-го года жизни (90%). Мальформации (СМ, VM, AVM, CVM и др.)– возникают в детском возрасте. Проявляются сразу после рождения или выявляются через несколько месяцев и лет после. Характеризуются количественной дезорганизацией нормальных сосудов с различными типами нарушений гемодинамики. Медленно прогрессируют. Никогда не подвергаются инволюции. Составляют приблизительно 6 % от других поражений кровеносных сосудов среди новорожденных. Опухоли (Tumor) –возникают как в эмбриональном периоде, так и после рождения у детей и взрослых. Характеризуются локальным увеличением объема ткани и автономным, безграничным ростом. Гистологическая картина отличается большим разнообразием (десятки гистологических типов). Для клиники важна степень доброкачественности или злокачественности. Частота (2-4%) среди других поражений. Заключение. Классификация апробирована в работе нескольких клиник в течение 3-х лет. Получила положительную оценку.

Лечение детей с лимфатическими мальформациями головы и шеи

Рогинский В.В., Овчинников И.А., Павелко Г.А., Ломака М.А., Гавеля Е.Ю.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

В лечении детей с лимфатическими мальформациями (ЛМ) широко используются различные методы, эффективность которых не всегда обоснована и доказана. Среди ЛМ выделяются макрокистозная, микрокистозная, смешанная формы, что подтверждает гипотезу этиопатогенеза ЛМ из лимфатических узлов (макрокистозные) или лимфатических сосудов (микрокистозные). При обширных ЛМ помимо поражения мягких тканей в патологический процесс вовлекаются кости. Хирургический метод остается ведущим в лечении детей с ЛМ. Достаточно активно используется склеротерапия. В настоящее время не существует единого мнения о предпочтительности одного из методов лечения перед другим в зависимости от формы и локализации ЛМ, а также от возраста ребенка.

Цель исследования: совершенствование методов диагностики и повышение эффективности лечения детей с ЛМ головы и шеи.

Материалы и методы исследования: проведен анализ лечения 228 детей с ЛМ ЧЛО и шеи за последние 13 лет. Возраст пациентов от 1 месяца до 18 лет. Всем пациентам на этапе первичной диагностики проводилось УЗИ, которое повторялось на 10-14 сутки после операции и в динамике через 3, 6, 12 месяцев. Метод МРТ проводилось всем пациентам до лечения и через 6 месяцев после него. В случаях костной формы ЛМ выполнялась компьютерная томография с 3D-реконструкцией. Всем оперированным детям проводилось морфологическое исследование материалов операции.

Результаты: 209 пациентов пролечено только хирургическим методом. Комбинация хирургического метода и ультразвуковой деструкции с аспирацией применялась 19 пациентам. В зависимости от распространенности и локализации ЛМ для излечения и достижения хорошего эстетического результата пациентам проводилось от 1 до 12 оперативных вмешательств, но в среднем – от 2 до 5. Трем пациентам (1.32 %) была наложена трахеостома.

Выводы: технология использования аппарата на основе ультразвуковой деструкции с аспирацией в сочетании с хирургическим методом значительно повышает эффективность лечения детей с ЛМ головы и шеи.

Ценность устройства состоит в том, что он разрушает и аспирирует патологические ткани ЛМ, не повреждая при этом нервную ткань. Особенностью работы аппарата в области языка является отсутствие отека в послеоперационном периоде, а также стойкий положительный эффект лечения.

Хирургическое лечение переломов средней зоны лицевого черепа сопровождающихся повреждением стенок верхнечелюстного синуса

Сергеев Ю.Н., Медведев Ю.А., Петрук П.С., Ян Синь, Адыгезалов О.Н.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Проблема восстановления стенок верхнечелюстного синуса (ВЧС) остается актуальной и сегодня. В первую очередь это связано с неуклонным ростом числа больных с повреждениями скуло-глазничного комплекса (СГК), обусловленное высокой частотой дорожно-транспортных происшествий, а также неблагоприятной криминогенной обстановкой.

Наибольшее распространение в лечении переломов СГК имеют такие приемы, как реплантация костных отломков и металлоостеосинтез. Своевременное и в должном объеме выполнение вышеуказанных манипуляций сокращают сроки реабилитации и позволяют избежать развития стойких деформаций лицевого скелета. Приём реплантации костных фрагментов с целью восстановления стенок ВЧС и всего лицевого черепа хорошо известен. Многие авторы применяли реплантацию костных фрагментов при переломах верхней челюсти по типу Ле-Фор с фиксацией отломков проволочными швами.

Цель работы: повысить эффективность хирургического лечения больных с переломами скуло-глазничного комплекса сочетающихся с повреждением стенок верхнечелюстного синуса на основе применения реконструктивных приёмов. Задачи работы: 1) Изучить клиническую картину переломов скуло-глазничного комплекса с повреждением стенок верхнечелюстного синуса. 2) Определить показания и противопоказания к восстановлению передней и боковой стенки верхнечелюстного синуса. 3) Разработать методику восстановления передней и боковой стенок верхнечелюстного синуса на основе реплантации костных фрагментов и применения имплантатов из сетчатого никелида титана. Материалы и методы. Реплантация костных

фрагментов для восстановления архитектоники средней зоны лицевого черепа, в частности, стенок ВЧС, проведена у 74 больных с различными повреждениями этой зоны. В том числе восстановление передней стенки ВЧС выполнено у 24 (30.6%), боковой стенки у 32 (48,3%) и скуло-альвеолярного гребня у 18 (20.9%) пациентов. В четырех случаях при переломах СГК фрагменты передней стенки хорошо удерживались надкостницей и в ходе ревизии пазухи они приподнимались распатором, а затем укладывались в область дефекта без фиксации, но с введением в синус катетера Фолея. В 16 случаях при смещении свободнолежащих фрагментов кости передней стенки ВЧС, площадью от 1,5 см2, их удаляли из раны и помещали в физиологический раствор. После ревизии синуса, репозиции и остеосинтеза СГК, введения в синус катетера Фолея костные фрагменты освобождали от изменённой слизистой оболочки, вводили в рану и фиксировали к краям дефекта. У 5 пациентов реплантаты фиксировали с помощью мини-пластин, и у 12 - с помощью скоб с памятью формы.

На основании гистологического изучения слизистой оболочки и костных фрагментов ВЧС и бактериологических посевов у 58 больных следует, что выполнение реплантации костных фрагментов для восстановления стенок ВЧС сопряжено с определенным риском, связанным с возможным инфицированием и зависящим от увеличения срока от момента травмы. Показанием для восстановления боковой стенки ВЧС являлось её повреждение с пролабированием жирового комка щеки в синус. При ревизии жировой комок смещали латерально и через тоннель в дефект реплантировали фрагменты аутокости. Далее через антростому в просвет синуса вводили катетер Фолея для фиксации фрагментов и гемостаза. Восстановление переднебоковых стенок ВЧС при невозможности использования фрагментов аутокости проводили конструкциями из титана и никелида титана. Реконструкцию с помощью имплантатов из сетчатого никелида титана осуществили у 15 пострадавших, У 2-х больных проведено восстановление передней и боковой стенок синуса одновременно. Результаты.

На основании гистологического изучения слизистой оболочки и костных фрагментов ВЧС и бактериологических посевов у 58 больных следует, что выполнение реплантации костных фрагментов для восстановления стенок ВЧС сопряжено с определенным риском, связанным с возможным инфицированием и зависящим от увеличения срока от момента травмы.

Выводы. Реконструкция стенок ВЧС при переломах СГК, с применением реплантации фрагментов аутокости или имплантации эндопротезов изготовленных из никелида титана, с учетом адекватных сроков лечения после травмы, позволяет сократить время операции, снизить процент послеоперационных осложнений, повысить эффективность комплексной реабилитации пострадавших.

Метод раннего ортопедического лечения младенцев с расщелиной губы и неба

Удалова Н.В., Старикова Н.В., Надточий А.Г.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Цель и задачи. Целью раннего ортопедического лечения (РОЛ) младенцев с расщелиной губы и неба (РГН) является создание оптимальных условий для проведения первичной ринохейлопластики путем улучшение положения фрагментов верхней челюсти и уменьшения ширины расщелины альвеолярного отростка. Целью авторского усовершенствования является повышение качества и эффективности РОЛ путем использования новой неинвазивной технологии перемещения фрагментов верхней челюсти.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 35 младенцев с РГН в возрасте от 6 дней до 7 месяцев. Основную группу составили 28 младенцев в возрасте от 6 дней до 3 месяцев, которые были взяты на РОЛ, продолжавшееся течение 3-6 месяцев и завершенное непосредственно перед первичной ринохейлопластикой. Контрольную группу составили 7 младенцам, которым РОЛ не применяли. РОЛ осуществлялось с применением наборов последовательных капп. Для изготовления набора последовательных капп изготавливали слепок верхней челюсти младенца, по которому создавали его виртуальную 3D-модель. На виртуальной 3D-модели производили пошаговое (0,5 мм) перемещение фрагментов челюсти в заданном направлении согласно плану лечения. Затем на основе виртуальных моделей изготавливали набор последовательных капп, каждая из которых использовалась в течение 7-10-14 дней. Слепки снимали в контрольной и основной группах в нача-

ле исследования и перед пластикой губы. Результаты. В основной группе произошло улучшение положения фрагментов верхней челюсти, ширина расщелины уменьшилась в среднем на 5мм, уменьшилась деформация сошника. У младенцев контрольной группы положительной динамики не выявлено. Применение капп позволило обеспечить нормальное вскармливание младенцев с РГН. Прибавка в весе у этих детей соответствовала норме. У детей контрольной группы кормление приходилось осуществлять с применением специальных поильников и их весовые показатели были ниже возрастной нормы.

Заключение. Авторский метод позволяет повысить качество и эффективность РОЛ у младенцев с РГН. Надежность фиксации эластичных капп не требует применения устройств для внеротовой фиксации и исключает использование внутриротовых фиксирующих винтов или пинов. Применение набора последовательных капп не требует частых посещений врача, что необходимо при использовании аппаратов для РОЛ. Каппа облегчает процесс кормления, служа упором для языка (имитатором неба) в процессе сосания и глотания у младенца с РГН. Возможность кратковременного снятия каппы позволяет поддерживать необходимый уровень гигиены полости рта младенца с РГН.

Ретроспективный анализ результатов лечения пострадавших с переломами нижней челюсти

Хышов В.Б., Самсонов В.В., Демидов И.А., Авдеев А.Е., Белаш С.В.

3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского, Москва

Анализ литературы последних лет свидетельствует о том, что среди травм челюстно-лицевой области переломы нижней челюсти, по-прежнему, занимают ведущее место. По данным различных авторов переломы нижней челюсти составляют от 70 до 85% всех переломов костей лица. Отделение челюстно-лицевой хирургии «3 Центрального военного клинического госпиталя имени А.А.Вишневского» Минобороны России постоянно уделяет внимание проблемам травматологии челюстно-лицевой области, в которых вопросы диагностики и лечения переломов нижней челюсти всегда остаются в центре внимания.

Целью исследования явился ретроспективный анализ причин возникновения переломов нижней челюсти и определение частоты использования различных методов лечения неогнестрельных переломов нижней челюсти по данным специализированного отделения многопрофильного стационара. Объектом исследования послужили истории болезни пострадавших, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии «3 Центрального военного клинического госпиталя имени А.А.Вишневского» Минобороны России в 2008-13 годах. По данным историй болезни пострадавших с переломами нижней челюсти изучали характер травмы, особое внимание уделяли характеристике переломов и их локализации, наличию сочетанных повреждений, а также проводили анализ использования различных методов лечения и развившихся при их применении осложнений.

При анализе историй болезни установлено, что основной причиной переломов нижней челюсти являлась бытовая травма (70,8% случаев), при чем неогнестрельные переломы нижней челюсти составили 96,4%. При изучении особенностей клинической картины переломов нижней челюсти выявлено, что в 82,7% случаев возникали одиночные переломы нижней челюсти, реже двойные и множественные (15,4 и 1,9% случаев соответственно). У 57,3% пострадавших, поступивших на лечение, были диагностированы изолированные повреждения нижней челюсти. Сочетанные повреждения составили 42,7% и распределились следующим образом: в 25,5% случаев переломы нижней челюсти сочетались с черепно-мозговой травмой, 15,1% – с травмами мягких тканей других областей головы, 2,1% – с повреждениями других костей черепа.

При изучении медицинской документации было установлено, что чаще при лечении переломов нижней челюсти у пострадавших всех возрастных групп использовался ортопедический метод (в 67,1% случаев), реже применялись хирургические методы лечения, а именно: остеосинтез костных отломков внутриочаговый – в 31,7% случаев, внеочаговый – в 1,2%.

Опыт дентальной имплантации в сложных клинических случаях

Хышов В.Б., Тимонина Е.Б.

ФГБУ "3ЦВКГ им. А.А.Вишневского" Минобороны России, Москва

Введение. Наличие радикулярных кист, при неуспешности терапевтического лечения, ранее чаще всего являлось показанием к удалению зуба, и для установки имплантата требовалось ждать от 3 до 6 месяцев полного заполнения лунки зрелой костной тканью. К сожалению, при этом хирурги часто изначально, отказывались от идеи проведения одномоментной имплантации. В результате происходила более значительная резорбция костной ткани в месте удаления, а также требовался более длительный срок для завершения стоматологической реабилитации больного.

Цель. Обоснование и применение методики немедленной дентальной имплантации после удаления зубов с радикулярными кистами. Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 49 пациентов с наличием радикулярных кист и показаниями к удалению зубов (23 женщины и 26 мужчин в возрасте от 18 и до 75 лет), которые были отнесены к сложным клиническим случаям. Всего было установлено 86 имплантатов из них 46 (53,49%) мужчинам и 40 (46,51%) женщинам, в лунки удаленных зубов с радикулярными кистами. Дефекты костной ткани заполняли смесью костной стружки BioOss и собственной кости, собранной во время формирования ложа под имплантат. Для ускорения заживления тканей и профилактики воспалительного процесса использовали богатую тромбоцитами плазму, которую получали методом центрифугирования собственной крови пациента. Качество интеграции имплантатов оценивали при помощи рентгенографии через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 12 месяцев и 24 месяца.

Результаты исследования. Результатами наблюдений явилась полная интеграция установленных имплантатов и восстановление нормального костного рисунка в области удаленных радикулярных кист. За весь период наблюдений не интегрировался 1 имплантат, что составляет 1,2 %, по причине чрезмерной преждевременной нагрузки сразу после имплантации. Пациент предъявлял жалобы на кровоточивость десны в области установленного имплантата через 3 недели после установки. Объективно при осмотре выявлено наличие функционирующего свища в области верхушки имплантата. Было принято решение об удалении имплантата. Через 6 месяцев проведена повторная имплантация в сформированную кость, еще через 6 месяцев имплантат был нагружен постоянной коронкой. Таким образом успех установки имплантатов непосредственно в лунки удаленных зубов с радикулярными кистами составил 98,8%.

Заключение. У обсуждаемой категории пациентов применение методики немедленной имплантации в лунки удаленных зубов позволяет значительно сократить время стоматологической реабилитации и снизить потери объемов костной ткани при резорбции после удаления зубов.

Малоинвазивная радикальная гайморотомия, применение препарата полигемостат при реабилитации пациентов с хроническим синуситом.

Научный Центр ИнВосСтом г. Москва.,

Варданян Б.Г., Путь В.А. Ильичёв,Е.А., Селивёрстов С.С.,

Введение. Проблема дискредитированных тканей в настоящее время должна учитываться при проведении имплантации и других хирургических вмешательств. Операция синуслифтинга и имплантации в антральных отделах верхней челюсти при наличии там хронического гайморита затруднена и достаточно часто сопровождается осложнениями Это междисциплинарная проблема, в которой задействованы оториноларингологи, анестезиологи и челюстно-лицевые хирурги. Консервативное и хирургическое лечение хронического одонтогенного гайморита представляет собой довольно сложную задачу и зачастую заканчивается рецидивом и требуется радикальное вмешательство. мы Предложена санирующая радикальная малоинвазивная гайморотомия с использованием отечественных оригинальных технологий.

Цель исследования.Разработать комплексный метод санации гайморовых пазух при хроническом одонтогенном гайморите с последующей реабилитацией пациентов с использованием методов имплантации.

Материалы и методы.В период с декабря 2010 года по март 2014 г. в клинике проведено лечение и находились под наблюдением 46 пациентов. Возраст больных от 28 до 78 лет. У всех пациентов выявлено наличие в полости рта хронических очагов инфекции в боковых участках верхней челюсти хронический одонтогенный гайморит. По данным КТ исследовалась вентиляция гайморовой пазухи состояние ostium-отверстия и состояние всего остеомеатального комплекса(meatus-ход). Показанием являлось полное или более чем на 1/3 выполнение синуса патологически изменёнными тканями. Лечение всех пациентов осуществляли под комбинированным

обезболиванием: сбалансированной седацией и местной анестезией. Проводилась санирующая радикальная малоинвазивная гайморотомия (СРМГ). Доступ в гайморову пазуху осуществлялся в зоне клыковой ямки по Калдвелл-Люку. Производится тщательное удаление изменённых тканей со дна передней и задней стенки гайморовой пазухи. После обработки пазухи антисептиками лечение проводилось по двум протоколам: готовилась смесь на физиологическом растворе из препаратов полигемостат и антибиотика широкого спектра действия (18 пациентов), в других случаях полигемостат использовался в чистом виде (28 пациентов). Полигемостат обладает высоким адсорбирующим свойством, что позволяет создать плотную гомогенную массу пластичной консистенции и уложить на дно гайморовой пазухи, проводится гемостаз.

Заключение: Дискредитированные ткани полости рта: атрофия костной ткани, хронические дегенеративные воспалительные процессы в полости рта и челюстно-лицевой области посттравматические и постонкологические состояния, длительно существующие рубцовые деформации, врожденные деформации, при которых нарушена функция органов челюстно-лицевой области осложняют и затрудняют проведение имплантации и предпротезной восстановительной хирургии. В течение 3 лет группой специалистов разрабатывалась и усовершенствовалась методика санирующей радикальной малоинвазивной гайморотомии. Проведено 58 оперативное вмешательство 46 пациентам. В 1 клиническом случае, сформировалось оро-антральное соустье, которое самостоятельно закрылось через 16 дней после операции. Проблема дискредитированных тканей в настоящее время должна учитываться при проведении имплантации и других хирургических вмешательств. Ключевую роль приобретают вопросы безопасности проводимого лечения.

Организационные аспекты активной послеоперационной реабилитации при проведении обширных операционных вмешательств в челюстно-лицевой области. Радиоэлектронные малоинвазивные регенеративные технологии.

Научный Центр "ИнВосСтом" г. Москва. Кафедра ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики ГОУ ДПО КГМА МЗ РФ, г. Казань,

Путь В.А., Солодкий В.Г., Ильичёв Е.А, Кумачков Д.А.

Введение. Возможность фиксации имплантатов, как на верхней, так и на нижней челюстях зависят, в первую очередь, от количества и качества кости в участке адентии. Для решения поставленных задач по оптимизации анатомических условий в полости рта применяются методы предпротезной восстановительной хирургии (preprosthetic reconstructive surgery). На опорных зубах в следствии длительного ношения мостовидных протезов с опорой на депульпированные зубы часто формируются периапекальные воспалительные процессы, которые требуют вмешательства, как терапевтического, так и хирургического. Дискредитированные ткани полости рта: атрофия костной ткани, хронические дегенеративные воспалительные процессы в полости рта и челюстно-лицевой области, постонкологические состояния, осложняют и затрудняют проведение имплантации и предпротезной восстановительной хирургии. Это междисциплинарная проблема, в которой задействованы стоматологи, оториноларингологи, анестезиологи и челюстно-лицевые хирургии главные врачи стоматологических клиник, организаторы здравоохранения.

Цель исследования.Разработать алгоритм организации лечебного процесса при проведении обширных многоступенчатых стоматологических вмешательств в условиях амбулаторной стоматологической практики.

Материалы и методы. Материалом данного исследования является обзор и сравнительная оценка эффективности и предсказуемости методов предпротезной восстановительной хирургии в первую очередь на верхней челюсти: санирующая радикальная малоинвазивная гайморотомия, синуслифтинг одновременно с имплантацией и последующее несъёмное протезирование боковых участков челюстей, протоколы трансскуловой имплантации. Следует учитывать, что акцент в данном случае установлен на максимальное использование ресурсов собственной кости, а также фактор времени проводимого лечения. Лечение проводится как с использованием местной анестезии, так и под комбинированным обезболиванием, сбалансированной седацией и местной анестезией Показанием к седации является выраженная дентофобия пациента, соматическая патология в стадии компенсации и декомпенсации объём и длительность проводимого вмешательства. Пациентам после объёмных вмешательств требуется активная послеоперационная реабилитация

Под термином «активная послеоперационная реабилитация» мы подразумеваем следующее:

- Психофизиологическая подготовка к операции.
- Хирургическое вмешательство предпочтительно под седацией.
- Изготовленные и зафиксированные интраоперационно зубные протезы, как правило несъёмные в течение 1-3 суток после операции или интраоперационно.
- Информационная радиоволновая терапия не менее 10 суток после операции.
- Фармакодинамическое местное и общее лечение 5-7 дней.
- Семейный мониторинг пациента на дому, при необходимиости.

Основным вопросом для обсуждения является аспект активной реабилитации пациентов в раннем послеоперационном периоде. Использование малоинвазивной радиоэлектронной технологии «Камертон Здоровья» и методики «камертон-имплант» основанной на физических методах воздействия на прооперированную зону. Основой метода информационной радиоволновой терапии ИВТ является воздействие на ткани и органы с помощью аппарата «Камертон®». Воздействие аппаратом «Камертон ®» проводилось на кожу лица непосредственно в зоне оперативного вмешательства, а также «на протяжении» нервного ствола, сосудов, и биологических активных точек. Это повышает эффективность метода. Общая длительность одной процедуры составляет 20-25 минут, курс лечения рассчитывался на 10 дней.

Заключение: Обследование и лечение пациентов, которым проводятся синуслифтинг и множественная имплантация, необходимо проводить в клиниках с эффективно организованной имплантологической и анестезиологической службой. Проблема дискредитированных тканей в настоящее время должна учитываться при проведении имплантации и других хирургических вмешательств. Использование информационной радиоволновой терапии в раннем послеоперационном периоде повышает качество жизни пациентов. Возрастает эффективность лечения за счёт полноценной регенерации тканей и значительную роль приобретают вопросы безопасности проводимого лечения, Применение психофизиологической подготовки и использование седации, значительно улучшает заживление и повышает качество жизни пациентов.

Опыт раннего иммедиат протезирования, как начальный ортопедический этап комплексной реабилитации пациентов после электрохирургической резекции верхней челюсти по поводу новообразований.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Московский государственный медико –стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Лебедь З.С., Решетов И.В., Харазян А.Э.

Актуальность. Среднегодовой темп прироста злокачественных новообразований полости рта в России за период 2001-2011 г. составляет 2,01%, прирост 22,57% среди населения обоих полов на 100 000 населения. В практике онкологической оперативной микрохирургии широко применяется такой метод ведения раннего раневого процесса как тампонада значительных по размеру послеоперационных дефектов челюстно-лицевой области йодоформной турундой с изоляцией прозрачной силиконовой мембраной путем пришивания ее к краям раны. Тем не менее метод имеет следующие недостатки: так, специфические органолептические свойства йодоформной турунды плохо переносятся пациентами. Йодоформная турунда быстро пропитывается пищей, инфицируется и сама может быть источником инфицирования раны. Возможности ухода за йодоформной турундой в полости рта ограничены. Эта методика не позволяет пациенту принимать пищу: обуславливает необходимость установки назогастрального зонда. Затрудняет функцию внешнего дыхания и речи. Силиконовая мембрана затрудняет ревизию раневой поверхности и не восстанавливает функциональную компоненту.

Материалы и методы. В течение полугода была проведена ранняя ортопедическая реабилитация 5 пациентов перенесших комбинированное химиолучевое лечение в пределах до СОД 70 Гр и хирургическое лечение в объеме электрохирургической резекции с РЧА раневой поверхности по поводу злокачественных новообразований верхней челюсти. Возраст пациентов 49-85 лет. По гистологическому типу новообразования разделялись: плоскоклеточный рак с признаками ороговения различной степени - у 4 пациентов, аденокистозный рак у 1, T3N0M0 – 2 человека, T4N0M0 - 3 человека. У всех

пациентов были получены оттиски верхней и нижней челюстей до хирургического вмешательства. Проведена регистрация прикуса в центральной окклюзии. Изготовлены гипсовые модели. Определен цвет зубов по шкале Vita. Совместно с оперирующим и лечащим врачом-хирургом был спланирован будущий объем резекции верхней челюсти с прогнозированием возможных изменений резецируемых границ. Всем пациентам изготовлены иммедиат обтураторы верхней челюсти. Иммедиат обтуратор сохранял возможность модификации границ, степени прилегания базиса обтуратора на новообразованном протезном ложе, ретенционной части обтуратора, ввиду возможных изменений линий хирургической резекции. Конструкция иммедиат обтуратора содержала полиметилметакрилатный базис с гарнитурными зубами и обтурирующую часть. Высота и объём обтурирующей части также могли подвергаться модификации во время хирургического вмешательства, при наложении иммедиат обтуратора и в процессе его эксплуатации. На 7-е сутки после операции удалялись силиконовая мембрана "Адаптик" и йодоформная турунда. Припасовывался и накладывался иммедиат обтуратор. В каждом случае оценивалась степень перекрытия границ дефекта обтуратором, после чего назогастральный зонд удалялся.

Пациентам давались рекомендации. Рекомендации включали в себя разъяснения по режиму ношения иммедиат обтуратора, гигиеническому уходу за ним и за раневой поверхностью, методикам восстановления звучной речи, методикам предотвращения рубцовой контрактуры нижней челюсти. На 2-е, 5-е, 30-е сутки проводился контрольный осмотр и коррекция иммедиат обтуратора, при необходимости. Результаты. Конструкция иммедиат протеза-обтуратора позволяет обеспечить: - антисептическое и заживляющее действие на раневую поверхность; - изоляцию раневой поверхности от бактериальной контаминации и механического воздействия со стороны полости рта; - востановление функциональной состоятельности зубо-челюстного комплекса как первого звена алиментарного тракта; - восстановление функции внешнего дыхания; - восстановление речевой функции; - восстановление нормальной эстетики лица и восприятие пациента окружающими его лицами, что оказывает благоприятный психо-эмоциональный фон для пациента; Обсуждение. Таким образом, изготовление иммедиат обтуратора верхней челюсти - является начальным ортопедическим этапом ранней комплексной реабилитации пациентов после электрохирургической резекции верхней челюсти по поводу новообразования.

Использование метода электронной аксиографии на этапах комплексной реабилитации детей с первично-костными заболеваниями ВНЧС

Центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, Москва

Столповский К.Ю., Топольницкий О.З., Шорстов Я.В.

Проблема реабилитации детей с первично-костными заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (анкилоз) является актуальной и представляет интерес для многих авторов (Рогинский В.В. с соавт. 2002, 2004, Коротченко Г.М. 2009; Топольницкий О.З., Ульянов С.А. Шорстов Я.В. 2009, Любченко А.В. 2010, Yamada K. 2004, Hammoudi K. 2009, Sneedha Mainali 2010). Хирургические методы лечения данной группы пациентов разнообразны и направлены на восстановление движения и анатомических параметров пораженного сустава. Однако до настоящего времени проблеме функционально-морфологических изменений на контрлатеральной (условно здоровой стороне) должного внимания не уделяется. При лечении данной группы пациентов возникают сложности с диагностикой и устранением функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) на контралатеральной стороне на этапах комплексной реабилитации детей и подростков с первично-костным поражением ВНЧС. Данная проблема послужила основанием для проведения исследовательской работы.

Цель исследования: изучить функциональные особенности ВНЧС у детей и подростков разного возраста с первично-костным односторонним поражением ВНЧС на контралатеральной стороне при помощи метода электронной аксиографии на этапах комплексной реабилитации.

Материалы и методы: проводилось исследование группы детей (N=11) в возрасте 10-12 лет с первично-костным односторонним поражением ВНЧС, Которым устранение анкилоза проведено ранее в возрасте 5-7 лет. На момент обращения у всех детей отмечено недоразвитие одной ветви нижней челю-

сти, при полном сохранении вертикальных движений нижней челюсти. Проводилась оценка функции ВНЧС на контрлатеральной стороне до проведения компрессионно-дистракционного остеогенеза и через 1 год после оперативного вмешательства. Исследование проведено на базе детского хирургического стационара Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ. Диагностика выполнялась на электронном аксиографе Cadiax Compact, Gamma Dental(Австрия) по методике Slavichek R. Данный метод заключается в последовательной фиксации нижней дуги, верхней дуги, регистрирующих датчиков, и записи перемещения нижней челюсти относительно шарнирной оси, которая условно проходит через центральную часть головки нижней челюсти правого и левого мыщелковых отростков. Нами регистрировались движения в позиции протрузии, правой и левой медиотрузии, положении открывания-закрывания. Анализ полученных аксиограмм проводился в программе Microsoft Excel 2013, путем наложения полученных графиков движений. Оценивались симметричность движений, кривизна суставного пути, длина траектории движения и совпадения путей открывания и закрывания.

Результаты. При диагностике детей до операции получены данные о несимметричности движений, что свидетельствует о наличии дефлекции нижней челюсти в сторону поражения при открывании. Отмечалось незначительное снижение кривизны траектории суставного пути, что свидетельствует о наличии тугоподвижности ранее реконструированного сустава, и как компенсация – гипермобильность сустава на контралатеральной стороне, при этом на аксиограмме четко проглядывалось несовпадение пути при выполнении движений открывания и закрывания. Длина траектории медиатрузионных движений в сторону пораженного сустава значительно превышала аналогичные движения в противоположную сторону, что может быть вызвано ограничением воспроизводимых движений реконструированного сустава. Через год после проведения дистракционного остеогенеза и нормализации соотношения длины ветвей нижней челюсти выполнялось повторное исследование.

Было отмечено появление симметричности траекторий и совпадение путей при открывании и закрывании. Клинически это проявлялось в исчезновении подвывиха сустава на контралатеральной стороне и дефлекции нижней челюсти. В результате можно сделать вывод о норамализации траекторий движения по сравнению с исходными данными до оперативного вмешательства.

Особенности хирургического лечения амелобластомы в зависимости от уровня экспрессии матриксной металлопротеиназы-9.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Сёмкин В.А., Бабиченко И.И., Усачев Е.С.

Амелобластома – одонтогенная опухоль эктодермального происхождения. Несмотря на доброкачественную природу, имеет локально инвазивный и деструктивный характер роста, характеризуется выраженной морфологической и клинической гетерогенностью. Разнообразие рентгенологической картины заболевания существенно усложняет процесс её диагностики и может привести к неправильной интерпретации и неадекватному лечению.

Механизмы, лежащие в основе ее инвазивности в настоящее время интенсивно изучаются. Обычное гистологическое исследование позволяет только идентифицировать удаленное образование и не дает информации о инвазивном потенциале, что напрямую связано с вероятностью возникновения рецидива. Целью данного исследования явилось выявление возможной связи между уровнем экспрессии ММП-9 в амелобластоме и её клиническим течением, выражающимся в вероятности возникновения рецидива. Как известно, частота рецидивов по данным литературы для данной группы заболеваний варьирует от 0 до 90% в зависимости от выбранной хирургической методики. В настоящее время наиболее информативными критериями прогностической ценности опухолевого роста обладают матриксные металлопротеиназы.

Мы исследовали ММП—9 (желатиназа-В), способную расщеплять коллаген IV типа, которую можно рассматривать как ключевой показатель инвазивных свойств опухолевых клеток. Экспрессия матриксной металлопротеиназы-9 была исследована в различных вариантах амелобластом. Как следует из полученных данных максимальная экспрессия этого фермента выявлена в гранулярно-клеточном и базальноклеточном вариантах амелобластомы, выраженной экспрессией обладает плексиформный вариант и наименьшей – акантоматозный и фолли-

кулярный варианты. Однако количественные исследования различных вариантов амелобластом не выявили статистически значимых различий экспрессии ММР-9 клетками различных вариантом амелобластом, что свидетельствует о больших индивидуальных колебаниях этих показателей у различных пациентов. Высокая экспрессия ММР-9 в амелобластоме может объяснить такие характеристики, как быстрый рост и рецидивы даже после удаления образования. С клинической точки зрения амелобластомы с более высокой экспрессией ММР-9 имеют более агрессивное течение, и данный показатель может быть использован как прогностический маркер дальнейшего клинического течения.

В наших исследованиях рецидивы амелобластомы возникали в различных по типу патоморфологического строения амелобластомах, однако у всех пациентов с амелобластомой рецидив возникал при высоком уровне ММП-9 (более 2 условных единиц), что может служить достоверным прогностическим признаком. Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о прогностическом значении уровня экспрессии ММП-9 в амелобластоме. Низкие показатели ММП-9 при любом гистологическом варианте амелобластомы позволяют с высокой долей вероятности прогнозировать благоприятный исход даже при проведении щадящего хирургического лечения (удаление опухоли с периферической резекцией костной ткани). Наши практические результаты показывают, что лечение пациентов с обширными полостными образованиями, такими как амелобластома, возможно начинать в амбулаторных условиях. Объем вмешательства должен состоять из удаления опухоли с последующим патоморфологическим и ИГХ-исследованием.

Период диспансерного наблюдения должен составлять предпочтительно 10 лет. И только при выявлении продолженного роста опухоли, показано оперативное лечение в объеме резекции пораженного участка челюсти.

Восстановление мыщелкового отростка нижней челюсти после удаления доброкачественных новообразований с помощью индивидуальных эндопротезов из никелид титана.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цветаев И.А., Медведев Ю.А.

Реконструкция нижней челюсти после удаления доброкачественных новообразований костной ткани, в том числе восстановление функции височно-нижнечелюстного сустава, является одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии. Методы ауто- и аллотрансплантации не всегда приносят ожидаемые результаты из-за довольно часто возникающих осложнений и широкого спектра противопоказаний.

Эндопротезы, изготовленные из ти¬тана, полимеров или керамики, к сожалению, не полностью отвечает биомеханическим и биохимическим критериям для имплантируемых материалов. Сплав на основе никелид титана, разработанный в НИИ ММ (г. Томск), обладает комплексом уникальных свойств: высокой прочностью, биосовместимостью, сверхэлатичностью со стойким эффектом формозапоминания, возможностью коррекции не только кост¬ных дефектов, но и мягких тканей лица, высокой степенью интеграции в условиях in vivo, наличием механических параметров и структурой близкой к нативной кости, нетоксичностью, смачиваемостью, что обеспечивает его практическую ценность во многих отраслях медицины. Целью нашего исследования является разработка и внедрение альтернативной методики восстановления мыщелкового отростка нижней челюсти на основе применения индивидуальных эндопротезов из пористого никелид титана. Материалы и методы.

К настоящему времени клиника челюстно-лицевой хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова располагает 6-ти летним опытом восстановления мыщелкового отростка нижней челюсти с помощью индивидуальных эндопротезов из никелид титана. Проведено хирургическое лечение 10 пациентов с диагнозом «Амелобластома нижней челюсти», а так же последствиями оперативных вмешательств по поводу удаления доброкачественных новообразований нижней челюсти.

Производилось устранение как сегментарных дефектов, так и полное замещение нижней челюсти. В зависимости от клинического случая применялась технология одномоментного или отсроченного эндопротезирования нижней челюсти с использованием на первом этапе сетчатого имплантата из никелид титана в качестве префабрикации. Индивидуальный эндопротез состоящий из пористого никелид титана и монолитной части проектируется и изготавливается исходя из дан-

ных компьютерной томографии нижней челюсти и стереолитографической модели. С целью формирования суставной капсулы в случае невозможности ее восстановления или выраженным рубцовым процессом использовался участок широкой фасции бедра или аллогенная твердая мозговая оболочка.

Результаты. После проведенного реконструктивно-восстановительного хирургического лечения у пациентов клинически оценивалась степень восстановления функции нижней челюсти и ВНЧС. Период наблюдения от 1 месяца до 6 лет.

Выводы. Мы считаем, что применение эндопротезов из никелид титана, замещающих мыщелковый отросток, изготовленных в соответствии с индивидуальными анатомическими особен¬ностями, позволяет полноценно восстанавливать утраченные анатомо-функциональные возможности нижней челюсти и ВНЧС.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Возможности выбора радикального метода лечения тиреотоксикоза : хирургия или радиойодтерапия с применением математической модели "дерева принятия решения" и оценка их стоимости.

Гарбузов П.И., Корело А.М.

Медицинский радиологический научный центр, Обнинск

В последние годы, при неэффективности медикаментозного лечения тиреотоксикоза, эндокринологи рассматривают достижение гипотиреоза, как оптимальный результат радикального лечения. Эффективность устранения тиреотоксикоза при хирургическом удалении щитовидной железы и радиойодтерапии в аблативной дозе примерно одинакова, при значительной разнице стоимости лечения.

Цель: Формирование объективных критериев выбора радикального метода лечения тиреотоксикоза с учетом возможных осложнений и их частоты.

Материалы и методы: Математическая модель «дерева принятия решений» построена с использованием экспертных оценок качества жизни и литературных данных о частоте осложнений при хирургическом лечении и радиойодтерапии тиреотоксикоза. Проведено формальное описание различных состояний, возникающих в результате выбранного лечения при условии достижения гипотиреоза с оценкой вероятности возможных осложнений и их взаимосвязи. При расчете стоимость хирургического лечения и диагностики по стандарту медицинской помощи при заболеваниях щитовидной железы, выполненного в ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена, составила 74 210рублей. В существующих стандартах лечения тиреотоксикоза в нашей стране метод радиойдтерапии не представлен, поэтому использован тариф коммерческого подразделения ФГБУ МРНЦ МЗ РФ радиойодтерапии в стационарных условиях – 60 000рублей и при амбулаторном лечении - 28 500рублей.

Результат: Модельные расчеты показали незначительные различия ожидаемых значений для радиойодтерапии -0,7832 и 0,77636 для хирургии, а так же отсутствие значимых различий (6%) в оценке качества жизни после хирургического удаления щитовидной железы и радиойодтерапии в аблативной дозе. Экономическая целесообразности выбора метода лечения проведена на основании расчета стоимости лечения ежегодно заболевающих тиреотоксикозом в Калужской области, население которой составляет 1 006000 человек (gks.ru).

Согласно статистике заболеваемости, тиреотоксикоз ежегодно может регистрироваться у 300 человек. Медикаментозное лечение эффективно, примерно у 30% заболевших. Остальные 2/3 (200) больных потенциально нуждаются в радикальных методах лечения – хирургии или радиойодтерапии. Стоимость хирургического лечения в специализированном учреждении составит 200*74 210 = 14 842000 рублей. Согласно существующим нормам радиационной безопасности, радиойодтерапия в амбулаторном режиме может проводиться при использовании до 0,4 ГБк 131-I [НРБ 09]. По статистике в МРНЦ такие активности, достаточные для абляции щитовидной железы, возможно использовать у 30% (70)больных, на что потребуется (70*28 500) 1 995000 рублей. Остальным 130 больным проводить радиойодтерапию возможно только в стационаре. Стоимость лечения при этом составит (130*60 000) 7 800000 рублей. Суммарные затраты на радиойодтерапию в амбулаторных и стационарных условиях - 9 795000 рублей, в итоге оказываются

на 5 049000 рублей меньше, чем на хирургическое лечение. В масштабах страны экономия средств составит (143*5 049000) более 700 млн. рублей.

Заключение: В результате применения метода «дерева принятия решений» получены сравнительные оценки, незначительно влияющие на выбор радикального метода лечения тиреотоксикоза при низкой частоте осложнений. Стоимость лечения, по существующим тарифам, значительно ниже при использовании радиойодтерапии, особенно, в амбулаторном режиме.

Послеоперационный рецидивный зоб: причины, показания и результаты хирургического лечения

А.Ф. Романчишен, А.Л. Акинчев

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии с курсом травматологии, ВПХ., Санкт-Петербург

Целью данного исследования явилось определение мер профилактики рецидивов заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) и безопасного хирургического лечения этой категории больных.

Материал и методы. За 34 года (1973-2008гг.) в нашем Центре оперировано 18926 пациентов узловым эутиреоидным зобом (УЭЗ) и полинодозным эутиреоидным зобом (ПЭЗ), диффузным токсическим зобом (ДТЗ) и узловым токсическим зобом (УТЗ). Результаты. 1342 больных УЭЗ и ПЭЗ составили 75,9% от 17674 впервые оперированных больных. В то же время, 953 больных рецидивным УЭЗ и ПЭЗ соответствовали 76,1% от 1252 повторно оперированных пациентов (1204 женщин и 48 мужчин, средним возрастом 52,5 и 47,9 г., соответственно). Кроме этого, впервые были оперированы 2860 (16,2% от 17674) больных ДТЗ и 215 (17,2% от 1252) рецидивным ДТЗ. 1487 пациентов с первичным УТЗ составили 8,4%, а 89 больных рецидивным УТЗ – 7,1% в соответствующих группах. Таким образом, структура тиреоидной патологии при первичных и повторных операциях оказалась практически идентичной. Если предположить, что 1252 рецидива возникли бы после 17674 наших первичных операций по поводу доброкачественных заболеваний ЩЖ, доля рецидивов приближалась бы к 7,0%: на 13451 первичных операций 953 (7,1%) рецидива при УЭЗ и ПЭЗ, на 4347 первичных ДТЗ и УТЗ – 304 (7,0%) рецидива. То есть, основным прогностическим фактором рецидивов доброкачественной тиреоидной патологии является рациональный объем и техника хирургических вмешательств, а не вид и склонность к рецидивированию заболевания ЩЖ.

Решение данной проблемы является основой для предотвращения рецидивов доброкачественных заболеваний ЩЖ. В соответствии с имеющимися клиническими данными, мы разделили ПОРЗ по двум критериям – времени возникновения ПОРЗ после первичной операции ("ложные" и "истинные" рецидивы) и характеру заболевания тиреоидного остатка (то же самое или новое заболевание). "Ложный» рецидив – это всегда продолженный рост оставленной патологически измененной ткани в ближайшее время после неадекватной операции. Иначе говоря, «ложные» рецидивы могут рассматриваться как продолженный рост диффузного, узлового зоба и других новообразований ЩЖ. "Истинный» рецидив – это возврат того же или нового заболевания неизмененной тиреоидной ткани (11,0%) после адекватного хирургического вмешательства в отдаленные сроки (при регулярном послеоперационном контроле по данным УЗИ). По нашим данным, сроки выявления «истинных» рецидивов УЭЗ приближались, в среднем, к 13,9 ± 3,2 г., а ДТЗ – 8,4 + 2,4г.

Можно выделить следующие основные причины ПОРЗ: технические (неадекватные первичные операции) и патогенетические - «истинные» рецидивы предыдущего или новое заболевание тиреоидного остатка. По-видимому, основная мера профилактики – адекватная терапия тиреоидными гормонами, которые воздействуют на все патогенетические механизмы формирования зоба. Показания к повторным операциям мало отличались от таковых при первичных вмешательствах: при рецидивах ДТЗ поводом для реоперации были (в скобках частота показаний при первой операции) рецидивный осложнённый тиреотоксикоз – 54,0% (47,0%), компрессия органов шеи и средостения - 23,0% (27,0%), аллергические или токсические реакции на тиреостатики – 4.0% (7.0%), другие показания – 15,0% (19,0%). Частота послеоперационных осложнений (травма возвратных нервов (ВН), гипопаратиреоз) в период с 1973 по 2008 гг. (1252 больных рецидивным зобом): одностороннее повреждение ВН отмечено в 3,32% (0,5% последние

6 лет), двухстороннее повреждение ВН – в 1,30% (0.0% последние 6 лет), гипопаратиреоз (временный) – в 1,38% (0.7% последние 6 лет). Снижению количества осложнений способствовало регулярное интраоперационное выделение ВН и околощитовидных желез.

Выводы: Структура доброкачественной тиреоидной патологии при первичных и повторных операциях практически идентична, как и вероятность рецидива этих заболеваний ЩЖ. Основными прогностическими факторами рецидивов доброкачественных заболеваний ЩЖ являются рациональный объем и техника хирургических вмешательств. Решение данных проблем является основой профилактики рецидивов доброкачественных заболеваний ЩЖ. Главными являются технические (неадекватные первичные операции) и патогенетические ("истинные" рецидивы прежнего заболевания или "новые заболевания тиреоидного остатка") причины ПОРЗ. Повторное хирургическое лечение больных рецидивным ДТЗ безопасно и эффективно, если оно выполняется опытным хирургом.

Выбор оперативного вмешательства при послеоперационном зобе у больных с ранним рецидивом

Журбина А.А., Блувштейн Г.А.

Областной онкологический диспансер N1, Саратов

В России зарегистрировано более одного миллиона больных с различными формами зоба, и их число продолжает расти. Рост заболеваемости сопровождается и повышением хирургической активности, но проблемы связанные с высокой частотой рецидива узловой патологии остаются не решёнными.

Цель работы: выбор объёма оперативного вмешательства у больных с ранними рецидивами послеоперационного зоба.

Материалы и методы: Проведен анализ лечения 95 пациентов с послеоперационным рецидивным зобом оперированных повторно в отделении «Опухолей головы и шеи» Саратовского Областного онкологического диспансера №1 с 2001 по 2010 годы. Среди них 83 женщины (78,8%) и 12 мужчин(11,2 %). Средний возраст составил 54±0,4 лет. Результат исследования: В течение первого года после последнего оперативного вмешательства повторно оперированы 29 пациентов (31%), из которых 16 (55,2 %) были в возрастной группе 50 лет и старше. Первично им выполнялись 38 различных вмешательств: резекции щитовидной железы – 8 (21,1%), гемитиреоидэктомии – 13(34,2%), субтотальная резекция щитовидной железы 3(7,9%), тиреоидэктомия – 6(15,8%), лимфаденэктомия – 4(10,5%), широкое иссечение образования шеи – 2(5,3%), стернотомия и удаление опухоли – 1(2,6%), фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи – 1(2,6%). В 3 случаях объем оперативного вмешательства неизвестен. 6 пациентов(20,7%) были оперированы 2 раза до поступления в ООД, 1 пациент(3,4%) – 3 раза. Морфологические заключения были получены следующие: фолликулярный рак – 14(36,8%), фолликулярно-папиллярный рак – 3(7,9%), папиллярный рак - 8(21,1%), медуллярный рак – 2(5,3%), низкодифференцированный рак – 3(7,9%), анапластический рак – 1(2,6%), доброкачественное поражение -4(10,5%), в 3 случаях(7,9%) – морфологическое заключение не известно. В ООД №1 нами были выполнены 34 повторные операции в объеме: тиреоидэктомия – 15(44,1%), субтотальная резекция щитовидной железы – 5(14,71%), гемитиреодэктомия – 5(14,71%), операций Крайла – 3(8,82%), гастростомия – 1(2,94%), трахеостомия -1(2,94%), фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи – 2(5,9%), лимфоаденэктомия – 1(2,94%), ларингэктомия – 1(2,94%). У одного пациента операция не проводилась из-за распространённости опухолевого процесса. При морфологическом исследовании получены результаты: фолликулярный рак – 10(29,4%), фолликулярно-папиллярный рак -1(2,94%), папиллярный рак-12(35,3%),низкодиф ференцированный рак-2(5,9%), рак без уточнения формы -1(2,94%), доброкачественные изменения- 8(23,5%). У 4 пациентов(13,8%) выполнялось расширенное оперативное вмешательство на первичном очаге и путях регионарного лимфооттока (тиреиодэктомия или гемитиреоидэктомия сочеталась с операцией Крайла, фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи или лимфоаденэктомией), у одного пациента(3,4%) проводилось комбинированное оперативное вмешательство (тиреоидэктомия с ларингэктомией). Во всех этих случаях был получен высокодифференцированный рак.

Выводы: Послеоперационный рецидивным зобом в 31% случаев возникает в первый год после оперативного вмешательства. В 63,2% рецидив возникает у больных, которым выполнены орга-

носохраняющие оперативные вмешательства. При рецидивах послеоперационного зоба в ранние периоды (до 1года) рекомендуем выполнять оперативные вмешательства в объёме тиреоидэктомии и расширенные оперативные вмешательства.

Опыт диагностики и лечения синдрома множественной эндокринной неоплазии (МЭН) в одном центре эндокринной хирургии и онкологии

Кузьмичев А.С., Романчишен А.Ф., Матвеева З.С., Бахар С.М.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии с курсом травматологии, ВПХ., Санкт-Петербург

Введение. Множественной эндокринной неоплазией (МЭН) принято считать опухолевое поражение 2-х и более эндокринных желез с повышенной продукцией гормонов. В состав синдромов МЭН как правило входят опухоли нейро-эктодермального происхождения с аутосомно-доминантным путем наследования. В настоящее время определенно установлено 3 варианта подобных синдромов. Синдром МЭН–1 (синдром Вермера): сочетание гиперплазии околощитовидных желез (ОЩЖ), опухолей гипофиза и островковых клеток поджелудочной железы. Синдром МЭН–2а (Синдром Сиппла): сочетание медуллярного рака щитовидной железы (МРЩЖ) и феохромоцитомы надпочечников. В состав синдрома также входит гиперпаратиреоз, обусловленный аденомой или гиперплазией ОЩЖ. Синдром МЭН–2b: характеризуется сочетанием МРЩЖ, феохромоцитомы, множественных невром кожи и слизистых оболочек, гиперпаратиреоза и марфаноидного строения тела. Материал и методы. Из 27253 оперированных в Центре в 1973-2010 гг. больных выявлено 10 (0,04%) наблюдений синдромов МЭН. МЭН 1: №1. женщина, 29 л. Инсулома, узловой зоб, пролактинома, аденома ОЩЖ. Резекция ЩЖ (2001 и 2004), транссфеноидальное удаление аденомы гипофиза (2003), субтотальная резекция поджелудочной железы (2003), удаление аденомы ОЩЖ (2004). №2. женщина, 59 лет. Аденома гипофиза, узловой зоб, аденома ОЩЖ, диабет 2 типа. Субтотальная резекция ЩЖ, удаление аденомы ОЩЖ (2006). МЭН-2А: №3. Женщина, 40 л. Двусторонняя феохромоцитома, МРЩЖ, аденома ОЩЖ. Двусторонняя адреналэктомия (1989), удаление рецидива опухоли левого надпочечника (1992), тиреоидэктомия (ТЭ), центральная и боковая лимфаденэктомия (ЛАЭ), удаление аденомы ОЩЖ (2003). №4. Женщина, 43 г. МРЩЖ, аденома ОЩЖ. ТЭ, центральная ЛАЭ, удаление аденомы ОЩЖ (2005). №5.мужчина, 25 л. МРЩЖ, феохромоцитома. ТЭ, центральная и боковая шейная ЛАЭ (1998, 2004), адреналэктомия (2000). №6.брат №5, 23 г. МРЩЖ, феохромоцитома. Резекция ЩЖ (1998, 2010), правосторонняя адреналэктомия (2003). №7. отец №5 и 6, 54 г. МРЩЖ. ТЭ (1969), отказ от адреналэктомии. Внезапно умер (2000) - разрыв феохромоцитомы, кровотечение. №8. Мальчик, 5 лет. Сын №9. Профилактическая/лечебная ТЭ, центральная ЛАЭ (2007). МРЩЖ pT1N0M0. №9. Мальчик 2 лет. Клинически здоров, но имеет, как и все мужчины его семьи по отцовской линии, дефектный ген [мутация в T1900C (C634R)] в 11экзоне гена RET). МЭН-2В: №10. Мужчина, 47 л., марфаноидное телосложение и невриномы слизистой оболочки. МРЩЖ, ТЭ, центральная и боковая ЛАЭ (2003), T3N2bM0. Здоров, наблюдается.

Заключение. Синдром МЭН должен исключаться у всех больных гиперпаратиреозом и медуллярным РЩЖ. Профилактическая тиреоидэктомия при семейной форме заболевания, доказанной генетическим исследованием, обоснована у детей до 5-летнего возраста.

Двусторонний мультицентрический рак околощитовидных желёз как проявление третичного гиперпаратиреоза, осложнённого переломом шейки бедра

Матвеева З.С., Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии с курсом травматологии, ВПХ., Санкт-Петербург

Введение. Паратиреоидный рак – крайне редкая причина первичного гиперпаратиреоза, составляющая менее 1% случаев заболевания. По данным некоторых авторов, карцинома околощитовидных желез (ОЩЖ) относится к самым редким злокачественным опухолям человека. Хроническая почеч-

ная недостаточность (ХПН) может быть следствием различных причин - хронического гломерулонефрита, пиелонефрита и др. В последующем у таких больных возможно развитие вторичного (при гиперплазии ОЩЖ) или третичного гиперпаратиреоза (при образовании опухолей ОЩЖ). Рак ОЩЖ, тем более мультицентрический, как следствие ХПН, – явление чрезвычайно редкое.

В доступной литературе нами не было найдено описания таких случаев. В качестве клинического примера приводим следующее наблюдение. Пациент М., 62 лет, поступил в травматологическое отделение Мариинской больницы Санкт-Петербурга в связи с переломом шейки правой бедренной кости. При обследовании у больного выявлена мочекаменная болезнь, конкременты единственной правой почки и мочевого пузыря, хронический обструктивный пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность IV ст. Кроме того, у мужчины были диагностированы множественные очаги деструкции бедренной и подвздошной костей и выраженный остеопороз (Т –4,7, дефицит минеральной плотности 58,0%). При исследовании крови обнаружено увеличение паратгормона до 1969,0 (норма 1,5-68,0) пг/мл. Показатели общего кальция крови составляли 2,13-2,44 ммоль/л. При УЗИ шеи в области нижних полюсов долей щитовидной железы выявлены новообразования размерами 23,0х17,0 мм слева и 16,0х17,0 мм - справа, накапливающие Тс 99м. После проведения интенсивной инфузионной терапии больной был оперирован по поводу третичного гиперпаратиреоз на фоне хронической почечной недостаточности вследствие хронического обструктивного пиелонефрита. В ходе хирургического вмешательства обнаружено, что у нижних полюсов обеих долей щитовидной железы имелись плотные округлые образования без четких границ, исходящие из нижних ОЩЖ. С правой стороны карцинома прорастала возвратный гортанный нерв. Выполнено удаление новообразований, резекция возвратного гортанного нерва, удаление правой доли щитовидной железы. Через 20 мин. исследовано содержание паратгормона в крови – его уровень снизился в 3,5 раза - до 582 пг/мл. При гистологическом исследовании препарата обнаружена инвазия опухоли в капсулу, частые митозы светлых клеток, атипичные клеточные ядра, множественные некрозы паренхимы, образование трабекулярных структур. Диагностирована карцинома обеих нижних ОЩЖ. В раннем послеоперационном периоде отмечалось снижение уровня общего кальция крови до 1,5 ммоль/л. Пациент получал препараты кальция и витамина Д.

Спустя 6 мес. после операции больному было выполнено протезирование правого бедренного сустава. Через год после операции пациент ходит с опорой на трость. В связи с прогрессированием хронической почечной недостаточности, получает программный гемодиализ. В отдаленном периоде после операции наблюдалась персистирующая гипокальциемия, пациент принимал препараты кальция (кальция карбонат) и альфакальцидол. Через год после операции показатели уровня кальция – 2,12 ммоль/, паратгормона – 56 пг/мл. Признаков рецидива заболевания не выявлено.

Заключение. Представленное наблюдение характеризуется редкой патологией – мультицентрической двухсторонней паратиреоидной карциномой, патологическим переломом шейки бедра вследствие третичного гиперпаратиреоза, вызванного ХПН, обусловленной хроническим обструктивным пиелонефритом и благоприятным исходом хирургического лечения.

Методика проведения и критерии оценки эффективности чрескожной этаноловой деструкции узлового коллоидного пролиферирующего эутиреодного зоба

Щеголев А.А., Когут О.Б., Ларин А.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

Цель. Улучшение результатов лечения больных с узловым коллоидным пролиферирующим эутиреоидным зобом (УКПЭЗ) С позиций современной эндокринологии основным тактическим решением при цитологически подтвержденном небольшом узловом пролиферирующем коллоидном зобе, особенно при солитарных узлах щитовидной железы (ЩЖ), является динамическое наблюдение. В дальнейшем, если скорость роста узла не превышает 5 мм за 6 месяцев, динамическое наблюдение продолжается. Несмотря на всю не агрессивность и в определенной степени обоснованность данного подхода, что увеличилось количество пациентов пожилого и старческого возраста с клиническим проявлением узлового зоба, когда хирургическое лечение сопряжено с высоким риском.

Задачи. Разработка и внедрение малоинвазивных методов лечения узлового коллоидного эутиреоидного зоба, в частности, чрескожной этаноловой деструкции.

Материалы. В данное исследование включены 207 пациентов с УКПЭЗ, находившихся на амбулаторном или стационарном лечении в ГКБ № 36 г. Москвы с отдаленным сроком наблюдения более 5 лет. Возраст пациентов варьировал от 25 до 80 лет. Размеры узлов ЩЖ колебались от 7,8 мм до 36,1 мм в диаметре (объем от 0,2 до 31,9 мл). Абсолютным критерием исключения больных в данное исследование явилось подозрение на злокачественную природу узлового образования щитовидной железы.

Методы. Непосредственно перед этанол-деструкцией выполнялось ультразвуковое исследование, при котором определялись размеры узлового образования и его локализация. Используя метод «свободной руки», под ультразвуковым контролем выполнялась пункция узлового образования шприцом с диаметром иглы 21 G, после чего в узел вводился 96% раствор этанола Курс лечения включал три инъекции 96% раствора этанола с интервалом в два дня. Количество вводимого спирта определялось в зависимости от объема узла и составляло до 30 % от объема узла.

Деструкция узлов с кистозной дегенерацией имела свои особенности. При узлах с частичной кистозной дегенерацией вначале выполнялась аспирация жидкостного компонента, а затем без извлечения иглы вводился этанол, объем которого определялся в зависимости от первоначального объема узла. Такая методика приводит к «смыканию» стенок кистозной полости. Полученные результаты. После проведения ЧЭД среди всех пациентов осложнений системного характера не отмечено. Болевой синдром после проведения манипуляции был слабовыраженный (5-10 мин) и купировался самостоятельно. Ни у одного больного ЧЭД не привела к потери трудоспособности. У двух больных (1%) отмечен транзиторный парез возвратного нерва. Подвижность голосовой связки восстановилась самостоятельно через 1 месяц после проведения курса этаноловой деструкции. По-видимому, данное осложнение связано с алкоголизацией возвратного нерва. При обследовании больных в отдаленные сроки (срок наблюдения - 5 лет) после ЧЭД у всех пациентов отмечено отсутствие роста узлов щитовидной железы, а у 91% из них - достоверное уменьшение размеров узлового образования: более 50% - у 112 (59,3%) больных, полная регрессия узла отмечена у 15 (7,9%) больных, менее 50% - у 62 (32,8%) больных. Развитие гипотиреоза также не отмечен ни у одного пациента.

Выводы. Таким образом, критериями эффективности ЧЭД узлового коллоидного пролиферирующего эутиреоидного зоба являются устранение клинических его проявлений, уменьшение в размерах или отсутствие роста узла. Безусловно, чрескожная этаноловая деструкция не является в отличие от хирургического лечения радикальным методом, но, как показало проведенное исследование, отсутствие практически каких-либо осложнений, потери трудоспособности позволяет проводить ЧЭД в амбулаторных условиях. Вместе с тем с нашей точки зрения рассматривать чрескожную этаноловую деструкцию как абсолютную альтернативу хирургическому лечению узлового коллоидного пролиферирующего зоба было бы преждевременным, так как у пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы диаметром более 4 см ЧЭД не эффективна.

Применение минидоступа при паратиреодэктомии

Щеголев А.А., Ларин А.А., Когут О.Б., Крамарова Л.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

Цель. Уменьшение травматизма, улучшение косметического эффекта при хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза. В настоящее время первичный гиперпаратиреоз (ПГП) является одной из самых распространённых эндокринопатий, занимающий третье место после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы. Первичным гиперпаратиреозом страдает примерно 1% взрослого населения. Риск его возникновения превышает 2% в возрасте старше 55 лет, женщины страдают этим заболеванием в 2—3 раза чаще мужчин. «Золотым стандартом» в лечении ПГП является хирургический метод, эффективность которого достигает 95—98%. Хирургическое вмешательство при ПГП проводится из разреза по Кохеру: длина кожного разреза составляет 5-8 см, пересекается подкожная мышца шеи, грудинно-щитовидная и

грудинно-подъязычная мышцы пересекаются или разводятся в латеральном направлении после чего обнажается щитовидная железа.

По результатам дооперационного обследования проводится ревизия и поиск измененной паращитовидной железы, затем проводится ревизия всех остальных паращитовидных желез (в 10 % случаев аденомы паращитовидных желез парные). После завершения ревизии проводится удаление измененной паращитовидной железы. Рана послойно ушивается. Продолжительность хирургического вмешательства при этом обычно составляет от 30 минут до 1 часа, причем значительное время тратится на выполнение доступа и тщательный гемостаз. Задачи: Разработка минимально инвазивного доступа к измененной паращитовидной железе. Материалы и методы. В период 2012 - 2013 года нами разработана и внедрена методика удаления паращитовидной железы из мини-доступа. В целом с использованием данной методики оперировано 11 больных находившихся на стационарном лечении в отделении эндокринной хирургии ГКБ № 36. У двух пациентов пришлось мини-разрез был расширен до стандартного разреза После интубации больного и «запрокидывания» головы проводится ультразвуковое исследование, целью которого является придание голове пациента такого положения, которое позволяет максимально приблизить к поверхности кожи измененную паращитовидную железу. Маркером намечается линия разреза. Разрез – проекционный, над визуализированной ранее паращитовидной железой. Длина кожного разреза на превышает 1,5 см. Рассекаются только кожа, далее фактически все ткани раздвигаются тупым путем, до появления паращитовидной железы в дне раны. Для раздвигания краев раны мы используем специально изготовленный крючки Фарабефа шириной 0,5 см, что позволяет свободно манипулировать в условиях ограниченного пространства. После идентификации паращитовидной железы проводится тракция ПЩЖ к поверхности раны с одновременным выделением боковых поверхностей ПЩЖ от прилежащих тканей. Путем тракции достигается нижний полюс железы с сосудистой ножкой, на которую под строгим визуальным контролем накладывается зажим, после чего железа отсекается. Рана послойно ушивается. Полученные результаты. Продолжительность хирургического вмешательства по описанной методике у нас составляла от 7 до 16 минут. Кровопотеря не превышала 2 мл. Размеры удаленных паращитовидных желез варьировали от 6 до 20 мм. Очевидным преимуществом операции из мини-доступа является то, что по сравнению со стандартной методикой сократилось время нахождения больного в наркозе, так же за счет снижения травматизма вмешательства болевой синдром в послеоперационном периоде был существенно меньше выражен. У всех оперированных пациентов отмечено нормализация уровня ПТГ и кальция крови. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено ни у одного пациента.

Выводы. Косметически данный доступ гораздо выгоднее стандартного. Травматизм вмешательства из мини-доступа значительно ниже, чем из доступа по Кохеру. К недостаткам метода следует отнести невозможность выполнить ревизию остальных паращитовидных желез. Поэтому важным этапом является дооперационное обследование. При подозрении на парные аденомы, безусловно, хирургическое вмешательство должно производиться из стандартно доступа.

Видеоассистированные функциональные латеральные лимфадиссекции (ВФЛЛ) на шее при метастазах в л/узлы шеи при высокодифференцированных формах рака щитовидной железы (РЩЖ).

проф. д.м.н. Решетов И.В., д.м.н. Голубцов А.К., к.м.н. Васильев В.Н., к.м.н. Филюшин, Панасейкин Ю.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцен, Москва

Актуальность: За последние 20 лет заболеваемость РЩЖ в России увеличилась в два раза; в основном за счет лиц молодого и среднего возраста, у которых преимущественно наблюдаются высокодифференцированные формы РЩЖ. Заболевание встречается в 4 раза чаще у женщин, чем у мужчин. При высокодифференцированных формах РЩЖ риск метастазирования в л/узлы шеи достигает 40%. При этом наиболее частая локализация метастазов РЩЖ являются 6, 5, а затем 4, 3, и 2-ая группа л/узлов. Метастазирование в подчелюстные л/узлы происходит крайне редко и только при запущенных стадиях заболевания. Стандартным методом хирургического вмешательства, при высокодифференцированном РЩЖ с метастазами

в л/узлы шеи, является тиреоэктомия, центральная лимфадиссекция с модифицированной функциональной лимфаденэктомией на шее со стороны поражения л/узлов. Для адекватной экспозици хирургического поля при латеральной лимфадиссекции на шее требуется большой хирургический разрез. Молодой возраст пациентов, гистологический тип злокачественной опухоли щитовидной железы, а так же благоприятный прогноз заставляют задуматься о методе косметического доступа при одновременном сохранение необходимого объема удаляемых тканей.

Материалы и метода: За последние три года в институте им. П.А. Герцена нами было выполнено 13 ВФЛЛ заднешейным доступом. ВФЛЛ были проведены пациентам с метастазами папиллярного РЩЖ, в возрасте <45лет, отсутствием отдаленных метастазов, поражением л/узлов на шее с одной стороны, диаметр метастазов <2см., без достоверных признаков вовлечения магистральных сосудов, без выхода за пределы капсулы. Все пациенты были женского пола в возрасте от 30-64-х лет, желающие получить минимальный косметический дефект после операции. При выполнении данной операции производился мини разрез (4-7см в длину)по заднему краю грудино-ключично-соцевидной мышцы. Затем при помощи видеоассистированной аппаратуры выполнялась латеральная лимфаденэктомия 2,3,4, и 5-ой группы шейных л/узлов. Л/узлы удалялись единым блоком. По результатом планового гистологического исследования оценивалось качество выполненной лимфадиссекции.

Полученные результаты: При выполнение ВФЛЛ на шее были визуализированы и сохранены все наиболее важные анатомические структуры проходящие в зоне лимфадиссекции (внутренняя яремная вена, ветви добавочного нерва, ветви плечевого и шейного сплетения, большой ушной нерв, грудной лимфатический проток). При выполнение операции с левой стороны грудной лимфатический проток был визуализирован и адекватно клипирован. Время операции существенно не отличалось от стандартной методики. Количество удаленных л/узлов составило 35-48 штук с одной стороны. У больных не было отмечено интраоперационных и постоперационных осложнений. Учитывая наличие метастазов, все больные в послеоперационном периоде получали лечение радиоактивным йодом. За время наблюдение, в течение трех лет, рецидива метастазов в зоне операции выявлено не было. Все пациенты оценили косметический эффект как отличный.

Выводы: Таким образом, учитывая полученный опыт и результаты выполнения ВФЛЛ, задний доступ с применением видеоассистированной методики, может являться методом выбора оперативного вмешательства при небольшом количества метастазов высокодифференцированного РЩЖ, без распространения за капсулу узла. Необходимо более детальное изучение данной методики, а так же разработка критериев отбора пациента для подобных операций. Так же требуется сравнительный анализ результатов стандартных и видеоассистированных лимфадиссекций на шее.

Качество голоса после тиреоидной хирургии

Фуки Е.М., Трофимов Е.И., Осипенко Е.В.

Научно-клинический центр оториноларингологии, Москва

В последние десятилетия отмечается рост числа заболеваний щитовидной железы, значительная часть которых требует хирургического лечения. Специфическими осложнениями тиреоидной хирургии являются повреждения гортанных нервов, выражающиеся появлением в послеоперационном периоде, разной степени выраженности осиплости, вплоть до афонии, затруднением дыхания, вплоть до асфиксии. Клинические проявления при повреждениях наружной ветви верхнего гортанного нерва (НВВГН) не столь очевидны, как при травмах возвратного нерва, однако не менее драматичны для пациента.

Цель работы: повышение эффективности профилактики травм нервов гортани при хирургических вмешательствах на щитовидной железе.

Задачи. 1. Интраоперационно идентифицировать нервы с применением операционного микроскопа, электрофизиологического мониторинга щиточерпаловидных и перстнещитовидных мышц. 2. Оценить функциональное состояние голосового аппарата у больных до и после операции с использованием ларингостробоскопии, акустического анализа голоса, игольчатой электромиографии гортани.

Материалы и методы. Во время операций на щи-

товидной железе у 170 пациентов мы использовали методы идентификации нервов гортани. Интраоперационная регистрация биоэлектрических потенциалов мышц гортани позволяла обнаружить и сохранить соответствующие нервы. Перед- и после операции проводилась комплексная оценка функций гортани, включающая: тест-опросник «индекс качества голоса» (Voice handicap index), оценку охриплости по Yanagihara, акустическое исследование голоса с помощью компьютерной программы Multi-Dimensional Voice Program, видеоларингостробоскопию. У некоторых больных, по показаниям – игольчатая ларингеальная электромиография (ЛЭМГ).

Результаты. При всех операциях были идентифицированы возвратные гортанные нервы. При попытках идентификации 237 наружных ветвей верхнего гортанного нерва успешно обнаружены 200 (84,4%). Послеоперационные транзиторные нарушения функции возвратного нерва диагностированы у 2,4% пациентов в группе с микроскопической визуализацией и у 1,1% при электрофизиологическом нейромониторинге. Признаки повреждения НВВГН наблюдались у 7,3% при микроскопической визуализации и 5,6% при электрофизиологическом нейромониторинге, которые устранились в сроки до 3 месяцев. Повреждение НВВГН не может быть диагностировано исключительно по акустическому анализу голоса или ларингостробоскопии. Статистически достоверна корреляция между уменьшением максимальной частоты голоса и патологическим ЛЭМГ. Другие неинвазивные диагностические методики коррелировали с ЛЭМГ статистически на уровне тенденции.

Выводы. Наиболее доказательным методом для определения повреждения НВВГН и перстнещитовидной мышцы является ЛЭМГ, в то время как акустический анализ голоса и ларингостробоскопия – основные уточняющие процедуры при данной патологии. Избежать травматизации гортанных нервов абсолютно у всех пациентов, по-видимому, невозможно, однако прецизионное выполнение операции с использованием современных методов интраоперационного нейромониторинга в значительной степени снижает вероятность стойких изменений голоса.

Экспрессия генов интегриновых рецепторов и их лигандов в злокачественных опухолях щитовидной железы с различным статусом мутации BRAF V600E

Новосибирский национальный исследовательский университет, Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и биофизики Сибирского отделения российской академии наук, Городская клиническая больница N1, Новосибирск

Святченко С.В., Мостович Л.А., Логачева Г.П., Шевченко С.П., Гуляева Л.Ф.

Актуальность. Рак щитовидной железы (РЩЖ) – наиболее часто встречающееся злокачественное новообразование органов эндокринной системы. В РФ, как и во всем мире, отмечается неуклонный рост заболеваемости РЩЖ: за 10 лет прирост составил 19,5%. В структуре РЩЖ более 95% составляют дифференцированные формы с благоприятным прогнозом: папиллярный (ПРЩЖ) и фолликулярный (ФРЩЖ) рак щитовидной железы. Для определения прогноза заболевания и тактики лечения в последнее время успешно применяются молекулярно-биологические методы. При ПРЩЖ наиболее частым генетическим повреждением является мутация BRAF V600E. Ее наличие связано с агрессивным течением процесса и высокой частотой рецидивов заболевания. Данная мутация приводит к патологической активации MAPK-сигнального пути, что, в свою очередь, приводит к изменению молекулярного состава внеклеточного матрикса и экспрессии трансмембранных рецепторов – интегринов. Связываясь с белками внеклеточного матрикса, интегрины обеспечивают опухолевый рост, инвазию и метастазирование. Одними из таких лигандов являются остеопонтин (OPN) и тромбоспондин-1 (TSP1). Повышение уровня экспрессии генов TSP1 и OPN в опухолевой ткани связано с процессами роста кровеносных и лимфатических сосудов. Однако вопрос о том, как меняется экспрессия белков данного комплекса в тканях ДРЩЖ с различным статусом мутации BRAF V600E, остается открытым. Цель исследования: определить профиль экспрессии генов интегринов (ITGA2, ITGA3, ITGA5, ITGAV, ITGA6, ITGA9, ITGB1, ITGB3) и их лигандов (изоформ остеопонтина OPNa и OPNb, TSP1) в образцах ДРЩЖ, а также исследовать зависимость профиля их экспрессии от статуса мутации BRAF

V600E в клетках ПРЩЖ. Материалы и методы: Банк образцов ДРЩЖ (n=25) был сформирован на базе VI онкологического отделения ГБУЗ НСО ГКБ №1. Из них 20 случаев составлял ПРЩЖ, 5 случаев - ФРЩЖ. Исследование проводилось для образцов опухолевой и визуально неизменной ткани щитовидной железы, а также образцов ткани регионарных метастазов при их наличии. Уровень экспрессии исследуемых генов определялся методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени. Определение статуса мутации BRAF V600E в опухолевой ткани проводилось методом аллель-специфичной амплификации в режиме реального времени. Результаты. В опухолевой ткани ПРЩЖ выявлено двукратное повышение уровня экспрессии генов ITGA2, ITGA3, ITGAV, ITGB1. Наблюдается зависимость уровня экспрессии ряда интегринов от стадии процесса: в опухолях стадии T3, в сравнении с образцами T1, многократно увеличен уровень экспрессии ITGA3 и ITGA6. В регионарных метастазах ПРЩЖ в сравнении с первичным очагом обнаружено снижение уровня экспрессии ITGA2 в 2 раза, а также повышение уровня экспрессии TSP1 в 4 раза. Мутация BRAF V600E была обнаружена в 35% случаев ПРЩЖ (в 7 образцах из 20). В образцах BRAF V600E+ выявлено повышение уровня экспрессии ITGAV, OPNb и TSP1 (от 5 до 50 раз). Уровень экспрессии генов других интегринов и OPNa в опухолях с наличием мутации значимо не изменен. Для ФРЩЖ характерно двукратное повышение уровня экспрессии лишь одного интегрина ITGAV. Для выявления закономерностей изменения уровня экспрессии интегринов и их лигандов был проведен корреляционный анализ. При наличии мутации наблюдалась прямая корреляция уровня экспрессии TSP1 и его специфических рецепторов ITGB1, ITGA6. В образцах без мутации выявлена обратная корреляция OPNa, OPNb и специфического рецептора ITGA9. Выводы. Профиль экспрессии ITGAV, OPNb, TSP1 в образцах ПРЩЖ зависит от статуса мутации BRAF V600E. Для распространенного опухолевого процесса характерно повышение уровня экспрессии ITGA3, ITGA6 и TSP1. Выявлены корреляционные связи уровня экспрессии генов белков внеклеточного матрикса TSP1 и OPNb с их специфическими интегриновыми рецепторами в зависимости от статуса мутации. Таким образом, интегрины и некоторые их лиганды, такие как TSP1 и OPN, могут рассматриваться как потенциальные маркеры в определении прогноза и тактики лечения ДРЩЖ.

Показания к органосохранным операциям при папиллярном раке щитовидной железы

Бржезовский В.Ж., Ломая М.В.

Российский онкологический научный центр им.Н.Н.Блохина, Москва

Цель. Определить показания к органосохранным операциям при папиллярном раке щитовидной железы. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения больных ограниченным по размеру раком щитовидной железы у 63 больных без регионарных и отдаленных метастазов с опухолью щитовидной железы, соответствующей символу T1(54) или T2(9). На первичном опухолевом очаге выполнялись 2 вида операций: гемитиреоидэктомия вне зависимости от возраста больного (считается, что возраст более 45лет является негативным фактором прогноза, требующим удаления щитовидной железы) и тиреоидэктомия только при подозрении на множественность опухолевых очагов в обеих долях щитовидной железы (в основном по данным УЗИ). Результаты. Гемитиреоидэктомия была применена у 29 пациентов (13 в возрасте до 45 лет и 19 - свыше 45). Лишь у 1 больной через 15 лет наблюдения диагностированы метастазы рака в легкие, по поводу чего произведено удаление оставшейся доли железы в последующем - радиойодтерапия. В настоящее время - наблюдается без персистенции заболевания. Остальным 34 больным произведенатиреоидэктомия в связи с выявленными при УЗИ дополнительными узловыми новообразованиями в железе. В 12 случаях (35,3%) при гистологическом исследовании удаленного препарата выявлено множественное опухолевое поражение железы. Никому из этих пациентов не проводилась в дальнейшем радиойодтерапия. Все наблюдаются без признаков заболевания более 10 лет без повышенного уровня тиреоглобулина. Сравнивая 10 – летние результаты лечения в группе органосохранных операций и тиреоидэктомий, следует констатировать отсутствие разницы между ними.

Выводы. У пациентов с ограниченным по размеру и неметастатическим раком щитовидной железы вполне возможно применять органосохранные виды хирургических вмешательств вне зависимости от возрастного рубежа в 45 лет, используемого в классификации. Этот показатель достаточно условен для прогноза заболевания при указанной распространенности опухолевого процесса.

Профилактическая центральная лимфаденэктомия (ЦЛАЭ) безопасна, если все тиреоидные операции выполняются под визуальным контролем возвратных нервов и околощитовидных желёз

Вабалайте К.В., Романчишен А.Ф.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии с курсами травмато-логии и ВПХ, Санкт-Петербург

Введение. Принято считать, что центральная-лимфаденэктомия (ЦЛАЭ) имеет ряд преимуществ и недостатков. К первым относят то, что ЦЛАЭ снижает ча-стоту рецидивов и продолженного роста РЩЖ в 6 группе шейных лимфо-узлов, позволяет избежать применения повторных операций в этой зоне, уточ-няет степень распространения рака щитовидной железы (РЩЖ). К возможным недостаткам ЦЛАЭ причисляют повышение риска повреждений возвратных гортанных нервов (ВГН) и увеличение частоты послеоперационного гипопара-тиреоза.

Цель работы – оценить эффективность, степень безопасности, резуль-таты ЦЛАЭ при РЩЖ выполненными хирургами, много лет оперирующими под визуальным контролем ВГН и ОЩЖ при всех тиреоидных операциях.

Материал и методы. В 1973-2007 гг. в клиниках Центра оперировано 22140 человек с заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ), в том числе по поводу ра-ка – 2913 (13,2%). В исследуемую группу включены 1145 пациентов диффе-ренцированным РЩЖ, которым выполнена ЦЛАЭ. Женщин было 916 (80,0%), мужчин 229 (20%). Средний возраст - 48,4±2,3 г. Результаты. В 1973-1998 гг. ЦЛАЭ была выполнена 183 пациентам, что со-ставило 16% от 1133 оперированных по поводу РЩЖ. Вмешательство выпол-нялось в ходе модифицированной радикальной шейной диссекции. В 1998-2007гг. ЦЛАЭ производилась одномоментно с первичным вмешательством на ЩЖ и была выполнена еще 962 пациентам, что составило 67,7% от числа первичных операций по поводу РЩЖ. Это позволило выявить метастазы РЩЖ в 404 (42,0%) наблюдениях. В ходе второго этапа (14,9%) хирургического лече-ния (боковая шейная лимфаденэктомия) после обнаружения микрометастазов в 6 группе шейных лимфоузлов, необходимость работать в зоне возвратных не-рвов отпала. Количество односторонних парезов гортани при выполнении ЦЛАЭ после 1998г. снизилось с 1,6% до 0,26%, двусторонних параличей гор-тани не было. Число пациентов послеоперационнымгипопаратиреозомсохра-нялось на прежнем уровне (0,5%), также как и количество послеоперационных кровотечений (0,5-0,4%). При этом в 2002-2007гг. при выполнении ЦЛАЭ осложнений зарегистрировано не было. Количество рецидивов РЩЖ после 1998г. снизилось с 0,5% до 0,27%, что значительно меньше, чем при операциях по поводу РЩЖ, не сопровождавшихся ЦЛАЭ (1,4%). Под наблюдением бо-лее 10 лет находились 1233 (84,9 %) из 1451 больных, оперированных по по-воду РЩЖ. В зонах с отрицательной биопсией неизмененных шейных лимфо-узлов 3-6 группы в отдалённые сроки метастазы были найдены в 1,5% наблю-дений. Повторные метастазы РЩЖ после лечебных центральной и боковой лимфаденэктомии выявлены только в 1,8% случаев. Приведенные отдаленные результаты отражают тактику и технику хирургического лечения больных РЩЖ.

Выводы. Профилактическая и лечебная ЦЛАЭ под визуальным контролем возвратных гортанных нервов и околощитовидных желез безопасна, если она выполняется профессионально, предотвращает повторные операции по поводу метастазов дифференцированного РЩЖ в 6 группу лимфоузлов шеи, снижает, а не увеличивает, количество повреждений нижних гортанных нервов и частоту послеоперационного гипопаратиреоза.

Оперативное пособие при местнораспространенном раке щитовидной железы

Крехно О.П., Фролов А.С.

Клиническая городская больница 5, Тольятти

Цель. Выяснить характер операций при местнораспространенном раке щитовидной железы (РЩЖ). Материалы и методы.За 10 лет было выполнено 493 операции больным РЩЖ. В связи с местным и регионарным распространением опухоли 65 (13,4%) больным выполнены комбинированные операции. У 58 из 65 (91%) больных был первичный РЩЖ, у 7(9%)-рецидивный. Результаты.Комбинированные операции I типа выполнены 43 больным с распространением первичной опу-

холи на окружающие структуры шеи.Чаще всего выполняли резекцию мышц гортани и пищевода (37больных), возвратного гортанного нерва (9), «бреющая» резекция трахеи (7), внутренней яремной вены(ВЯВ) (7),грудино-ключичной-сосцевидной мышцы (ГКСМ) (4). Операции II типа выполняли при распространении лимфогенных метастазов на окружающие структуры шеи (18).У 7 больных выполнена резекция ВЯВ, у 5- возвратного гортанного нерва, у 6 –ГКСМ.Операции III типа выполняли при распространении на окружающие структуры как первичной опухоли, так и лимфогенных метастазов (6 больных). Чаще всего резецировали возвратный гортанный нерв, мышцы гортани и пищевода, ВЯВ.

Выводы.Частота комбинированных операций при местнораспространенном РЩЖ(pT3-4a N1a-b) составила 13,4%.Их чаще выполняли в связи с распространением первичной опухоли на окружающие ткани и реже в связи с инвазией окружающих тканей из метастатически измененных лимфоузлов

Видеоассистированные операции на щитовидной железе при новообразованиях из мини-доступов

Решетов И.В., Севрюков Ф.Е.

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

Цель: улучшение результатов лечения больных с доброкачественными новообразованиями и высокодифференцированным начальным раком щитовидной железы с использованием современных хирургических технологий видеоассистированных вмешательств из малоинвазивного доступа. Материалы и методы: в отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена с 2000г. выполнены видеоассистированные операции на щитовидной железе из малоинвазивного бокового доступа на шее с помощью видеоэндоскопической техники, при аденоме и дифференцированном раке щитовидной железы T1-T2N0M0 - 317 больным, из подмышечного доступа 8. Предварительно пациентам выполнялась мультифокальная тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы под контролем ультразвука не только из узловых образований, но и визуально нормальной ткани. При этом в правой и левой доле осуществляют биопсию трех участков ткани щитовидной железы, а в перешейке одного. Объем хирургического вмешательства: гемитиреоидэктомия с истмусэктомией, субтотальная резекция щитовидной железы.

Результаты: длительность видеоассистированной операции на щитовидной железе из бокового доступа на шее составила в среднем 45 минут, из подмышечного 180 минут.Интраоперационных осложнений не было. Больные были выписаны на 2-3-и сутки после операции

Выводы: боковой мини-доступ на шее и подмышечный доступ позволяют выполнить видеоассистированную резекцию щитовидной железы при доброкачественных и высокодифференцированных злокачественных новообразованиях в адекватном объеме, с хорошим косметическим эффектом

Сроки диагностики дифференцированного рака щитовидной железы у детей России

Родичев А.А., Крылов В.В., Гусева Т.Н., Гарбузов П.И., Иконников А.И., Тимохина О.В., Шуринов А.Ю., Королева С.В.

ФГБУ Медицинский радиологический научный центр, Обнинск

Дифференцированный рак щитовидной железы (ДРЩЖ) является наиболее распространенным эндокринным злокачественным новообразованием. Своевременная диагностика и грамотное лечение обеспечат юному пациенту не только длительное выживание, но и достойное качество жизни.

Задачей нашего исследования был анализ сроков диагностики ДРЩЖ у детей и подростков в последнее десятилетие. В исследование включены три группы юных (3,5-16лет) больных ДРЩЖ, получавших радиойодтерапию (РЙТ) в ФГБУ МРНЦ г.Обнинска: гр.1 - 61 ребенок, наблюдаемые в 2001-03гг.; гр.2 - 77 детей, лечившихся в 2004-07гг., гр.3 - 68 детей, получивших РЙТ в 2012-13гг. Средний возраст по группам: 13±2,4, 11,8±2,7 и 11,9±3,1лет - примерно одинаков. В 54% случаев первым симптомом заболевания стало обнаружение узла щитовидной железы (ЩЖ), в 21% - гиперплазия шейных лимфатических узлов (ЛУ), в 18% - объемное образование шеи. Гораздо реже (<3%) наблюдали боль/дискомфорт, тиреотоксикоз, аутоиммунный тиреоидит с исходом в гипотиреоз и др. В гр.1 узловые образования ЩЖ имели 44% паци-

ентов, в гр.3 - 66%, увеличение шейных ЛУ, соответственно 31% и 18%. Последние годы в 2-3 раза сократилось время от первых проявлений болезни до хирургического лечения. В начале 2000-х годов средний срок (М) верификации злокачественного новообразования ЩЖ колебался от 1/2 до 1года, в 2010-х годах он составил 4–6мес. Медиана срока (m) снизилась в 2 раза (гр.1 m-4мес., гр.3 m-2мес.) Мы проследили зависимость сроков диагностики ДРЩЖ от попыток консервативного лечения. В гр.1 - 26% детей получали консервативное лечение препаратами L-T4 и/или йодидами, противовоспалительную и/или физиотерапию, в гр.2 соответственно 23%, в гр.3 - 16% (p=0,58). К маргинальным случаям относится 6-мес. лечение «милиарного туберкулёза» и 3 курса ПХТ при легочных метастазах до верификации ДРЩЖ! Число попыток «лечить» узлы ЩЖ сократилось, но продолжительность «лечения» увеличилась (гр.1 m - 12мес., гр.3 m - 16мес.) При неизменном числе случаев назначения антибактериальной и физиотерапии увеличенных шейных ЛУ, резко снизилась (гр.1 m - 8мес. гр.3 m - 1мес.) продолжительность попыток лечить. Средний срок диагностики ДРЩЖ у больных, не получавших лечение, за 10 лет сократился с 8,6 до 3,5мес. Отчетлива динамика выявления заболевания на ранних (T1-2) стадиях: гр.1 - 7%, в гр. 3 - 19%. Однако, более 1/2 пациентов во всех группах имели стадии T3-4. Региональные метастазы отсутствовали только у 10% в каждой из групп. Почти у 60% во всех группах поражение шейных ЛУ было 2-х сторонним (N1b). Легочные метастазы (ЛМ) были выявлены при рентгенографии до радиойодабляции в гр.1 у 15%, в гр.2 - 13%, гр. 3 - 28% соответственно. Патологическая гиперфиксация йода-131 в легких дополнительно была обнаружена по группам у 23%, 10% и 15% боль-ных. Т.е почти у 20% детей ЛМ были обнаружены только в процессе лечения после РЙТ (т.н. «рентгенонегативные» ЛМ). При T1–2, среднее время диагностики в группах колеблется от 2,6 до 9,1мес., но медиана во всех группах остается на уровне 2-х месяцев. При T4 средний срок диагностики варьирует от 3,3 до 13,2мес, медиана от 3,5 до 6мес. (p = 0,11). При N1 средний срок диагностики по группам составил 10,4; 7,3 и 6,7мес. (m - 4; 2 и 2мес.). Но, значимых отличий сроков диагностики ДРЩЖ между категориями N0 (M - 5,4; m - 2мес.) и N1 (M - 7,5; m - 2мес.) не отмечается (p=0,5). Сроки диагностики при ЛМ не меняются по группам, составляя в среднем 7,4 - 10,7мес. (m - 4мес.). Различия в сроках установления диагноза при отсутствии ЛМ (M - 6,2; m - 2мес.) и наличии ЛМ (M - 9,7;m - 4мес.) по всей выборке, не слишком убедительны (p = 0,06). Выводы: попытки консервативного лечения узлов ЩЖ и увеличенных ЛУ без морфологической верификации приводят к задержке диагностики ДРЩЖ и прогрессированию опухоли.

В последние годы наметилась тенденция более внимательного отношения к впервые выявляемым узловым образованиям ЩЖ и региональнойлимфоаденопатии у детей. Медиана срока верификации ДРЩЖ во всей выборке 2 мес. Отчетливо снижение сроков установления диагноза при выявлении узловых образованиях ЩЖ, менее показательна тенденция при увеличении ЛУ и развитии ЛМ. Прослеживается закономерность более раннего выявления ДРЩЖ у юных больных. Остается значительной доля местно- распространенных (до 90%) и генерализованных (до 30%) случаев заболевания.

Комбинированное лечение мультицентрической папиллярной карциномы щитовидной железы у больной с гигантской арахноидальной кистой головного мозга

Романчишен А.Ф., Яковлев П.Н.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии с курсом травматологии, военно-полевой хирургии. Санкт-Петербург

Ведение. Обнаружение карциномы щитовидной железы у пациентов тяжелыми заболеваниями центральной нервной системы не является редкостью. Доля таких больных в специализированных по эндокринной хирургии центрах составляет от 0,3 до 1,5%. В доступных нам литературных источниках нет указаний на прямую этиопатогенетическую связь между заболеванием головного мозга и раком щитовидной железы. Вместе с тем, вопрос о необходимости хирургического лечения рака щитовидной железы в описываемой группе больных зачастую неоправданно откладывается из-за выраженности неврологической симптоматики и тяжести органического повреждения головного мозга.

Наблюдение. Пациентка Б. 60 лет поступила в

Центр эндокринной хирургии и онкологии на базе Мариинской больницы Санкт-Птербурга с жалобами на наличие узлового новообразования на передней поверхности шеи, в проекции щитовидной железы. При цитологическом исследовании пунктата из узла правой доли щитовидной железы – картина папиллярной карциномы. Из анамнеза известно, что с 2004г у больной, по данным МРТ, диагностирована гигантская арахноидальная киста, выполняющая лобно-теменно-височную область правого полушария головного мозга. В 2005г было выполнено цистоперитонеальное шунтирование. После обследования, консультации невролога больная признана операбельной и оперирована в плановом порядке. Под эндотрахеальным наркозом произведена тиреоидэктомия и центральная лимфодиссекция клетчатки шеи с обеих сторон от трахеи. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление операционной раны – первичным натяжением. Гистологическое заключение: папиллярная карцинома щитовидной железы с метастазами в паратрахеальную группу лимфоузлов шеи справа. В послеоперационном периоде было проведено лечение радиоактивным йодом в суммарной дозе 300 мКи.

При контрольном обследовании через 19 месяцев после операции признаков местного рецидива и метастазов не обнаружено.

Цель демонстрации: представить благоприятный результат лечения больной раком щитовидной железы с гигантской арахноидальной кистой головного мозга; обратить внимание на необходимость активного хирургического лечения таких пациентов с органической патологией головного мозга.

Непосредственные результаты использования Европейского стандарта лечения рака щитовидной железы в двух административных округах г. Москвы

Сергеев С.А, Сергеев С.С, Гусева Ю.С

Московская городская онкологическая больница 62, Москва

В Москве ежегодно выявляется более 600 первичных больных раком щитовидной железы. Особенностью является высокий процент заболеваемости у молодых. Так в возрасте до 30 лет данная локализация входит в первую пятерку злокачественных опухолей (Чиссов В.И. с соавт.,2011). На основании данных многолетних наблюдений в ведущих онкологических клиниках России и 30 летних результатов лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы в США (ДжатинШа, 2010) имеются сомнения целесообразности широко внедрения Европейского стандарта при лечении данного заболевания.

Целью работы является оценка результатов лечения при папиллярной и фолликулярной форме рака щитовидной железы с учетом объема операции на первичном очаге и использования лечения радиоактивным йодом.

Задачами исследования явились сравнительная оценка частоты рецидивов заболевания и качества жизни больных.

На основании анализа данных полного обследования, проведенного за последние 6 месяцев у 178 больных, которые находились на учете в СЗО и САО г. Москвы с диагнозом: Высокодифференцированный рак щитовидной железы, состояние после радикального лечения. При этом отмечено, что у 39 (21,9%) имелись объективные данные для изменения первичной стадии заболевания, а 8 (4,5%) были сняты с наблюдения в онкологическом учреждении, т.к. диагноз рака не подтвержден при пересмотре представленных гистологических препаратов (в двух онкологических учреждениях). В группе 43 пациентов после органосохранных операций на щитовидной железе, выполненных в 1975-2013гг. рецидивы рака в ткани железы отмечены у 4 (9,3%) через 6 лет у одного и более чем через 15 лет у трех. Регионарные метастазы были выявлены при наблюдении у 2 (4,6%). Все больные повторно радиально оперированы (3 через 15 лет и один через 6 лет после первой операции) и наблюдаются без признаков опухолевого роста. Тиреоидэктомия была первично выполнена у 127 больных.

По различным причинам у 61 из них лечение радиоактивным йодом не проводилось. Рецидив заболевания в области щитовидной железы выявлен у 2 (3,3%), регионарные метастазы у 4 (6,6%). Только в группе больных после тиреоидэктомии с лечением радиоактивным йодом при наблюдении выявлены отдаленные метастазы 8 из 66 (12,1%). При этом рецидив в области щитовидной железы выявлены у 2 (3%) и регионарные метастазы у 7 (10,6%). Выявлена высокая частоты осложнений после тиреоидэктомии: гипопаратиреоз у 54 (42,5%), на-

рушение подвижности голосовых складок у 16 (12,6%). У одной больной отмечен двусторонний паралич, потребовавший выполнения пластических операций с трахеостомией. При органосохраняющих операциях паралич голосовой складки у 2 пациентов (4,6%), функционально быстро компенсированный после занятий у фониаторов. Гипопаратиреоз отмечен только у одной больной (2,3%) после повторной операции. Обнаружена высокая частота первичной множественности опухолевого роста: 20,9% у больных с органосохранными операциями и 16,5% после тиреоидэктомии. Следует отметить, что достоверного увеличения частоты обнаружения опухолей других органов после использования радиоактивного йода не выявлено, однако у одной больной через несколько лет выявлен мукоэпидермоидный рак околоушной железы (вероятно обусловленный значительным накоплением радиоактивного препарата в слюнных железах).

Выводы: 1. Использование агрессивного лечения с обязательной тиреоидэктомией приводит к высокой частоте серьезных осложнений даже в клиниках г. Москвы. 2. Использование Европейского стандарта у больных с начальными стадиями высокодифференцированного рака щитовидной железы не обеспечивает улучшения онкологических результатов.

"Золотые стандарты" тиреоидной хирургии XXI века, заложенные в XIX-начале XX веков в России

Вабалайте К.В., Романчишен А.Ф.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

При анализе динамики послеоперационных осложнений и вклада российских в тиреоидную хирургии нами установлено, что хирургические новации XIX – начала XX веков актуальны в настоящее время. Профессор Н.И. Пирогов еще в 1831 г. заложил основы тиреоидной хирургии, им было предложено начинать операции на щитовидной железе (ЩЖ) с верхнего полюса, затем перевязывать верхние и нижние щитовидные артерии. В санкт-петербургском центре хирургии и онкологии органов эндокринной системы мы применяем методику операции схожую с предложенной Н.И Пироговым.

Манипуляции в области верхнего полюса ЩЖ начинаем с бессосудистой зоны, затем лигируем верхнюю щитовидную артерию (Романчишен А.Ф., 2009). Подавляющее большинство тиреоидных операций в нашем центре выполняются под общим обезболиванием, которое было впервые применено у данной группы больных профессором Н.И. Пироговым в 1847 г., что позволило снизить послеоперационную летальность, риск возникновения послеоперационных кровотечений и улучшить технику операций. Впервые операцию на ЩЖ под наркозом заграницей выполнил E. Cooper в 1860 г., а это на 13 лет позднее. Н.И. Пирогов перед хирургическим вмешательством обрабатывал раны раствором йода уже с 1847 г., что позволило снизить риск возникновения раневой инфекции. В настоящее время обязательным правилом является обработка операционного поля раствором антисептика. В ходе любых операций, в том числе и на ЩЖ, в настоящее время применяются хирургические зажимы с замками.

В ходе нашего исследования нами установлено, что впервые в мире подобные инструменты начали выпускать в Санкт-Петербурге на инструментальном заводе, которым руководил Н.И Пирогов с 1841 по 1856 гг. Доказательством этого факта служит наличие зажимов с замками в походном хирургическом наборе профессора Н.И. Пирогова. S. Wells лишь в 1874 г. начал применять данные инструменты, что на 33 года позднее.

Применение кровоостанавливающих зажимов с замками позволило уменьшить риск интра- и постеоперационных кровотечений, что привело к снижению летальности; улучшить технику операций, что способствует уменьшению риска повреждения ВГН. Профессор В.И. Разумовский в 1903 г. опубликовал монографию «Повреждения и заболевания ЩЖ». Нами установлено, что впервые в мире в клинике профессора Разумовского начали применять пункционную и инцизионную биопсию ЩЖ для дооперационной диагностики опухолей. В зарубежной литературе описание схожих методик принадлежит H.E. Martin и E.B. Ellis и датируется 1930 г., что на 27 лет позднее. Пункционная биопсия входит в современный стандарт диагностики и лечения опухолевыми заболеваниями ЩЖ. В.И. Разумовский рекомендовал всем больным до операции выполнять ларингоскопию для определения возможного поражения возвратного нерва и предотвращения двустороннего пареза мышц гортани, опасного для жизни пациента.

Последняя рекомендация актуальна и в наше время, так как всё ещё не все хирурги считают это правилом. Впервые в мире профессор В.И. Разумовский описал медуллярный и анапластический рак. Длительное время считалось, что J.Hazard из Cleveland (USA) в 1959 г. впервые описал «медуллярный (солидный) рак ЩЖ». Однако в некоторых зарубежных изданиях (Calmettes C., 1991; Biersack H.J., 2005) указывается, что первое упоминание медуллярного рака ЩЖ принадлежит A.J.Jaquet и датируется оно 1906 г. (Jaquet A.J., 1906), через 3 года после В.И. Разумовского. A. Drennan лишь в 1947 г. описал недифференцированную карциному ЩЖ, что на 44 года позже. Морфологическая классификацию рака ЩЖ с выделением медуллярной и аналастической карциномы остается актуальной в настоящее время.

В ходе исследования нами установлено, что первые операции на ЩЖ под визуальным контролем возвратного гортанного нерва (ВГН) были выполнены в клинике профессора А.А. Боброва в 1893 г. Американский хирург F.H. Lahey предложил выполнять подобные операции под контролем ВГН с 1938 г., что на 45 лет позднее. В настоящее время все операции в нашей клинике выполняются под визуальным контролем ВГН, что позволило сократить риск послеоперационных парезов мышц гортани до 0,5%.

Заключение. Таким образом, «золотые стандарты» тиреоидной хирургии XXI века (общее обезболивание, кровоостанавливающие зажимы, антисептика, пункционная и инцизионная биопсии, выделение медуллярного и анапластического рака, дооперационная ларингоскопия, тиреоидные вмешательства под визуальным контролем ВГН), позволившие снизить риск возникновения послеоперационных осложнения, были заложены в XIX - начале XX веков в России.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Опыт проведения сиалоэндовидеоскопии в условиях местной инфильтрационной анестезии

Золотухин С.Ю., Балин В.Н.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И .Пирогова, Москва

До недавнего времени основным методом лечения слюнокаменной болезни оставался только хирургический. Так, при расположении слюнных камней во внутрижелезистых отделах выводных протоков поднижнечелюстной и околоушной слюнных желез большинство клиницистов придерживались тактики полного или частичного удаления слюнной железы вместе с конкрементом (В. С. Коваленко, 1970; Я. В. Кречко, 1973; Е. П. Андреева, 1987; Д. Б. Шаяхметов, 1990; G. Isacsson et all., 1981; H. P. Van den Akker, E. Busemann-Sokole, 1983 и др.). При расположении конкремента в дистальном отделе поднижнечелюстного или околоушного протоков он удалялся путем рассечения последнего. К нежелательным последствиям таких операций на протоках крупных слюнных желез относят достаточно частое развитие рубцовых стриктур, препятствующих нормальному оттоку секрета из железы (Афанасьев В.В., 1998; Z. Zenk, 2001). Учитывая важность слюнных желез для организма человека и возможность послеоперационных осложнений, таких как: повреждение крупных сосудов, лицевого и подъязычного нервов, актуальной в настоящее время является проблема совершенствования органосохраняющих методов лечения заболеваний слюнных желез.

С целью сохранения органа при лечении больных слюннокаменной болезнью в последние годы ведется работа и получены положительные результаты по применению метода сиалоэндовидеоскопии (осмотра протоковой системы крупных слюнных желёз при помощи сиалоэндоскопов различного диаметра и конструкции). (Dr Pua Kin Choo, 2012; Marchal F., Dulguerov P., Becker M., 2002; Сысолятин С.П. и соавт., 2012). При этом большинство хирургов рекомендуют проведение сиалоэндовидеоскопии в условиях эндотрахеального наркоза. На базе нашей клиники было пролечено 112 пациентов (17 - с локализацией камня в околоушной слюнной железе, 95 – в подчелюстной) по поводу слюнокаменной болезни с использованием сиалоэндовидеоскопической техники. При этом у 59 пациентов удаление конкремента произведено либо без сиалодохотомии, либо с незначительным рассечением устья протока с последующим его стентированием (9 случаев - с локализацией камня в околоушной слюнной железе, 50 – в подчелюстной слюнной железе).

У остальных 53 пациентов расположение, размеры и твёрдость конкрементов не позволяли

подводить их к устью протоков после их захвата «корзиной», что потребовало расширения хирургического доступа с выделением выводных протоков «на протяжении», сиалодохотомией и удалением конкрементов, используя, при э том, рабочую часть сиалоэндоскопа в качестве средства навигации. В 102 случаях оперативные вмешательства проводилась нами в условиях местной инфильтрационной и аппликационной анестезии. К эндотрахеальному наркозу прибегали при удалении конкрементов из внутрижелезистой части выводного протока подчелюстной слюнной железы только при наличии у 7 пациентов выраженного рвотного рефлекса, что исключало возможность использования инфильтрационной анестезии, а также в 3 случаях при локализации конкрементов в проксимальном отделе внутрижелезистых протоков третьего порядка в околоушных слюнных железах, что обусловливало необходимость в использовании наружного хирургического доступа, выполненного также под навигацией сиалоэндоскопом. Учитывая наш клинический опыт можно резюмировать, что оперативные вмешательства по поводу слюнокаменной болезни с использованием сиалоэндовидеоскопической техники могут в большинстве случаев выполняться в условиях местной инфильтрационной анестезии.

В связи с этим значительно уменьшается число возможных осложнений, которые могут быть вызваны эндотрахеальным наркозом; снижается количество койко-дней, проводимых пациентами в стационаре, а в некоторых случаях также появляется возможность проводить данные оперативные вмешательства в амбулаторных условиях.

Роль сиалоэндовидеоскопии в комплексном обследовании пациентов при подозрении на слюнокаменную болезнь крупных слюнных желёз

Золотухин С.Ю., Балин В.Н.

Национальный Медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова, Москва

Заболевания слюнных желёз характеризуются широким распространением. По данным литературы, на долю заболеваний слюнных желёз приходится от 2.3 до 7% стоматологических заболеваний. При этом среди воспалительных заболеваний слюнных желёз до 78% случаев принадлежит слюнокаменной болезни. Поднижнечелюстные слюнные железы поражаются в 90-95% случаев, околоушные слюнные железы - в 5-8% (И. Ф. Ромачева и соавт., 1987; Л. Сазама, 1971; J. Parret et all., 1979 и др.). Диагностика слюнокаменной болезни – это сложный процесс, в который кроме общеклинических методов обследования на сегодняшний день входит ряд инструментальных исследований: УЗИ, рентген нижней зоны лица в прямой и боковых проекциях, рентген дна полости рта, КТ, а в особых случаях ретроградная контрастная сиалография.

Но, к сожалению, данные методы инструментальных исследований в большом проценте случаев не могут достоверно определить наличие контремента в протоке слюнной железы, особенно при их размерах менее 2 мм. Так по данным различных авторов частота ошибок составляет от 7 до 46% (Клементов А.В., 1980; Афанасьев В.В., 2003; Lustmann J. 1990, Zenk J. 1999 и др.). Так же данные методы не позволяют врачу определить состояние слизистой выводного протока слюнной железы, определить места пролежней, достоверно выявить наличие новообразований. Учитывая всё выше сказанное, в современном мире активно вёлся поиск альтернативных методов диагностики слюнокаменной болезни.

По нашему мнению таким дополнением в стандартный перечень исследований стала сиалоэндовидеоскопия (осмотра протоковой системы крупных слюнных желёз при помощи сиалоэндоскопов различного диаметра и конструкции). (Dr Pua Kin Choo, 2012; Marchal F., Dulguerov P., Becker M., 2002; Сысолятин С.П. и соавт., 2012).

Данная технология так же относится к разряду малоинвазивных, проводится через устье выводного протока слюнных желёз, может выполняться в условиях местной инфильтрационной анестезии, не требует нахождения пациента в стационаре. Из недостатков данного исследования можно выделить только отсутствие возможности определения точного количества конкрементов во всей протоковой системе слюнной железы. На базе нашего отделения диагностическая сиалоэндовидеоскопия была произведена 112 пациентам, в последствии прооперированных по поводу слюнокаменной болезни крупных слюнных желёз. Всем этим пациентам так же проводилось ультразвуковое и рентгенологическое исследование причинных слюнных желёз.

При этом признаки наличия конкремента в про-

токе слюнных желёз не определялись на УЗИ у 47 пациентов (41%), при обзорной рентгенографии нижней зоны лица и рентгене дна полости рта у 38 пациентов (34%). При этом при проведении сиалоэндовидеоскопии наличие конкремента достоверно выявлено у всей данной категории больных.

Учитывая наш клинический опыт можно с уверенностью утверждать, что использование сиалоэндовидеоскопии в дополнение к стандартным методам диагностики на этапе обследования пациента необходимо в обязательном порядке.