

ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 617.51+617.53]-006.04-08

А. М. Велєв

Хмельницький обласний онкологічний диспансер

КЛІНІЧНА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ РАКУ ПОРОЖНИНИ РОТА

Застосування під час операції заходів раннього реабілітаційного характеру для попередження раневих ускладнень наочно демонструє проходження післяопераційного періоду. Важливо, що в першу добу після хірургічного втручання розповсюджена раннева поверхня порожнини рота закрита повноцінним пластичним матеріалом.

Переміщений трансплантат значно знижує негативну дію слини та інфекції на підлеглі тканини. Подібні операції полегшують проведення наступних етапів реабілітаційного лікування даного контингенту хворих.

Ключові слова: слизова оболонка порожнини рота, шкряаний клаптик, реабілітація, ускладнення.

А. Н. Велєв

Хмельницький обласний онкологічний диспансер

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА

Применение во время операции мероприятий раннего реабилитационного характера для предупреждения раневых осложнений наглядно демонстрирует прохождения послеоперационного периода. Важно, что в первые сутки после хирургического вмешательства распространенная раневая поверхность полости рта закрыта полноценным пластичным материалом.

Перемещенный трансплантат значительно снижает негативное действие слюны и инфекции на подлежащие ткани. Подобные операции облегчают проведения следующих этапов реабилитационного лечения данного контингента больных.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, кожных лоскутков, реабилитация, осложнения.

А. М. Veliev

Khmelnitskij regional oncologic dispensary

THE CLINICAL PREVENTION OF THE COMPLICATIONS AFTER THE RESTORATIVE SURGERIES AT CANCERS IN ORAL CAVITY

ABSTRACT

The use at the surgery of the means of early rehabilitation for the prevention of wound complications provides obvious demonstration of the course of postsurgical period. It is important, that on the first day after the operative intrusion the disseminated wound surface of oral cavity is covered with adequate plastic material.

The displaced transplant reduces considerably the negative effect of saliva and infection on subordinate tissues. Such surger-

ies simplify the carrying out of the following stages of the rehabilitative therapy of such patients.

Key words: oral mucous membrane, skin graft, rehabilitation, complications.

Поліпшення заживлення ран після операцій з приводу раку порожнини рота продовжує звертати увагу онкостоматологів, оскільки з ними пов'язані результати розвитку компенсаторних функцій залишених анатомічних частин та можливості медичної та соціальної реабілітації такої категорії хворих [1-4].

Важливе значення має вплив на характер заживлення рани вік хворих, розповсюдженість пухлинного процесу, ступінь відповідного пухлинного запалення оточуючих тканин, об'єм хірургічного втручання, стан імунної системи організму та ін.

Високому відсотку післяопераційних ускладнень передбачає і те, що за останні роки покази до хірургічного лікування даної категорії хворих, а також об'єм оперативного втручання значно поширився. Все це диктує необхідність на підставі вивчення особливостей місцевих післяопераційних ускладнень розробити профілактичні заходи для забезпечення відповідної гладкої течії раневого процесу.

Матеріали та методи. Вивчали характер місцевих ускладнень у 37 хворих оперованих в хірургічному відділенні пухлин голови та шиї Хмельницького обласного онкологічного диспансеру за період 2008-2013 роки з приводу первинних новоутворень 11а -11б стадії (32) та рецидивів раку (5) слизової оболонки порожнини рота. Більшість (65 %) хворих були похилого віку.

За 6 міс. до хірургічного втручання 35 хворих отримали на ділянку первинного вогнища променевої та хіміопроменевої терапії. Сумарна доза променевої терапії складає 50-70 грей; хіміотерапія проведена цисплатином, 5-ФУ, паклітакселом та ербітуксом. У всіх випадках пухлинний процес супроводжувався вираженими запальними змінами тканин, хворі були послаблені завдяки тривалому порушенню харчування.

В плані радикального лікування були проведені комбіновані операції – електровидалення ураженого органу разом з прилеглими анатомічними утвореннями порожнини рота, включаючи частину язика, тканини слизової оболонки дна порожнини рота, щоки та сегмент нижньої щелепи – виконані у 4 хворих. 22-пацієнтам проведена типова операція в порожнини рота одночасно з радикальним висіченням клітковини шиї. Поширено-комбіновані операції проведені 11 хворим (табл.).

В процесі операції особливу увагу звертали на ранній початок реабілітаційних заходів включаючи проведення додаткових хірургічних заходів (укриття м'язовим клаптиком крупних судин, кісткових відлаmkів, ліній швів слизової оболонки порожнини рота та ін.) з метою зменшення ризику оголення вказаних

структур при ускладненій течії післяопераційного періоду. Для одномоментного заміщення утворених дефектів слизової порожнини рота використовували

складні шкіряні клаптики, сформовані з врахуванням регіонарного кровопостачання.

Таблиця

Види операційних втручань

Вид операції	Кількість операцій
Електровидалення ураженого органу разом з сумнівним анатомічним утворенням порожнини рота	4
Поширено-комбінована операція	11
Типова операція в порожнині рота одночасно з радикальним висіченням клітковини шиї	22

Частіше всіх викраювали шийні шкіряні клаптики на живлячій ніжці (28), котрі включали гілки потиличної артерії та зовнішньої яремної вени. В більшості випадків такий клаптик застосували для заміщення дефектів бокової поверхні язика та дна порожнини рота.

Шкірно-фасціальний клаптик з передньої поверхні грудної клітки та дельтовидної ділянки живлячих судинами, якими є верхні перфоративні гілки внутрішньої грудної артерії, використали у 7 хворих з дефектами тканин переднього відділу дна порожнини рота. У 2 пацієнтів формували чоло-скроневи шкіряний клаптик на якому зберігалась скронева артерія.

В післяопераційному періоді проводили цілеспрямовано активну протизапальну терапію антибіотиками остеотропного та широкого спектру дії. Харчування хворих проводилось через носостравохідний зонд та паралельно парентерально.

Результати дослідження. В післяопераційному періоді спостерігались явища запалення тканин. Ускладнення обумовлені порушенням функції дихальної, серцево-судинної, печіночно-ниркової та інших систем відмічені у 4 (10,6 %) хворих. Ускладнення місцевого характеру з розвитком гнійно-некротичного процесу в рані зареєстровані в 28 % випадків при ускладненій течії післяопераційного періоду. У випадках ускладненої течії раневого процесу повний некроз пластичних клаптиків не спостерігали, не дивлячись на те, що вони піддавались несприятливій дії слини та гною.

Нагноєння з розходженням країв рани відмічені у 8 (21,6 %) хворих. Нагноєння, некроз країв рани та дистальної ділянки переміщеного клаптика з розвитком деструктивних процесів в тканинах спостерігали у 6 (18,2 %) хворих.

Вивчення клініки ускладненого післяопераційного періоду дозволило виявити, що порівняно легко він проходив у хворих з невираженим нагноєнням рани без омертвіння переміщеного клаптика. Активна загальна та місцева протизапальна терапія в таких випадках сприяла обмеженню гнійного процесу і до кінця 2-3 тижня забезпечувала повне приживлення переміщеного шкіряного клаптика.

Найбільш тяжко проходив післяопераційний період у 12 хворих з наявними запальними явищами в рані завдяки приєднання гнійної інфекції з некрозом дистального відділу клаптика, прогресуванням гнійно-некротичної деструкції підлеглих тканин з оголен-

ням кісткових структур та крупних судин даної ділянки. В результаті поширеного нагноєння та некрозу тканин порожнини рота та шиї у 1 хворого на 21 добу після поширено-комбінованої операції виникла ерозивна кровотеча з сонної артерії.

Не дивлячись на то, що вдалось своєчасно провести перев'язку загальної сонної артерії, хворий помер в найближчу добу після перев'язки судини від гострого порушення мозкового кровообігу. В останніх спостереженнях після проходження запальних явищ, рани зажили з залишками шкіряного трансплантату.

В 6 випадках краї рани зарубцювались з утворенням великих орастом. Через 5-6 тижнів у цих хворих дефекти були закриті пластичними операціями з використанням тканин переміщених шкіряних клаптиків.

У висновках необхідно підкреслити, що переважно застосування під час операції заходів раннього реабілітаційного характеру для попередження раневих ускладнень наглядно демонструє проходження післяопераційного періоду. Важливо, що в першу добу після хірургічного втручання поширена ранева поверхня порожнини рота закрита повноцінною пластичною тканиною. Переміщений трансплантат значно знижує шкідливу дію слини та інфекції на підлеглих тканини. Не дивлячись на нагноєння рани та краєвий некроз, тканини клаптика, завдяки додатковому кровопостачанню зберігають свій колір, активно гранулюють та приживаються в ділянці дефекту без утворення грубих деформуючих рубців.

Подібні операції в подальшому полегшують проведення наступних етапів реабілітації даного контингенту хворих та дають можливість проводити подальші відновні операції в амбулаторних умовах.

Список літератури

1. Анализ эффективности различных антибактериальных препаратов при остром экссудативном гайморитомидите / В.Т. Пальчун, Л. И. Кафарская, Н. Л. Кунельская [та ін.] // Лечебное дело. – 2010. - №3. – С. 44-48.
2. Любаев В. Л. Эффективность хирургических вмешательств при лечении регионарных метастаз у больных раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки / В. Л. Любаев, А. А. Айдарбекова // Сибирский онкологический журнал. – 2006. - № 2. – С. 11-15.
3. Любаев В. Л. Хирургический метод в лечении местнораспространенного рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки: дис...доктора мед. наук // Любаев В. Л. – М., 1985. – 299 с.
4. Левецкий А. П. Пребиотики и проблема дисбактериоза / Левицкий А. П., Волянский Ю. Л., Скидан К. В. – Харьков: ЭДЭ-НА, 2008. – 100 с.

REFERENCES

1. Pal'chun V.T., Kafarskaya L.I., Kunel'skaya N. L., Gurov A. V., Izotova G.N., Zakarieva A. N. The analysis of the effectiveness of the different antibacterial preparations at acute exudative highmorethmoiditis *Lechebnoe delo*. 2010;3:44-48.
2. Lyubaev V. L., Aydarbekova A. A. The effectiveness of the surgical intrusions at the treatment of regional metastasis in patients with cancer of mucous membrane of oral cavity and oropharynx. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal*. 2006;2:11-15.
3. Lyubaev V. L. *Khirurgicheskiy metod v lechenii mestno-rasprostranennogo raka slizistoy obolochki polosti rta i rotoglotki* [The surgical method in the treatment of locally advanced cancer of mucous membrane of oral cavity of mouth and oropharynx: doctoral thesis in medicine] Moskva, 1985. – 299 с.
4. Levitskiy A. P., Volyanskiy Yu. L., Skidan K. V. Prebiotiki i problema disbakterioza [Prebiotics and the problem of dysbacteriosis]. *Khar'kov: EDENA*; 2008:100.

Надійшла 22.02.16



УДК 616,315-018+616-007-053.1

О. І. ДемидДержавна установа «Інститут стоматології
Національної академії медичних наук України»

**СПОСІБ МОБІЛІЗАЦІЇ М'ЯКИХ ТКАНИН
ПО МЕЖІ ТВЕРДОГО ТА М'ЯКОГО
ПІДНЕБІННЯ НА ЕТАПАХ ЙОГО
РЕКОНСТРУКЦІЇ ПРИ ВРОДЖЕНИХ
РОЗЦІЛИНАХ М'ЯКОГО ТА ЧАСТКОВО
ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ**

Світовий досвід хірургічного лікування хворих з розцілиною верхньої губи та піднебіння демонструють хороші результати усунення як первинних дефектів, так і виправлених вторинних деформацій, але результати операції не завжди можуть трактуватися як позитивні.

Оперуючи пацієнтів з вродженою розцілиною м'якого та частково твердого піднебіння хірург часто зустрічається з дилемою – оперувати пацієнта за типовим протоколом вєлопластики і залишати частковий залишковий дефект твердого піднебіння або оперувати м'яке і тверде піднебіння одразу.

З метою скорочення кількості оперативних втручань, було удосконалено методику первинного оперативного втручання, при ізольованій розцілинні м'якого піднебіння.

Ключові слова: піднебіння, вроджені розцілини губи та піднебіння, оперативне втручання.

А. И. ДемидГосударственное учреждение «Институт стоматологии
Национальной академии медицинских наук Украины»

**СПОСОБ МОБИЛИЗАЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ПО ЛИНИИ ТВЕРДОГО И МЯГКОГО НЕБА
НА ЭТАПАХ ЕГО РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ
ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ МЯГКОГО
И ЧАСТИЧНО ТВЕРДОГО НЕБА**

Мировой опыт хирургического лечения больных с расщелиной верхней губы и неба демонстрируют хорошие результаты устранения как первичных дефектов, так и исправ-

ленных вторичных деформаций, но результаты операции не всегда могут трактоваться как позитивные.

Оперируя пациентов с врожденной расщелиной мягкого и частично твердого неба хирург часто встречается с дилеммой - оперировать пациента за типичным протоколом вєлопластики и оставлять частичный остаточный дефект твердого неба или оперировать мягкое и твердое небо сразу. С целью сокращения количества оперативных вмешательств, была усовершенствована методика первичного оперативного вмешательства, при изолированной расщелине мягкого неба.

Ключевые слова: небо, врожденные расщелины губы и неба, оперативное вмешательство.

A. I. DemydState Establishment «The Institute of Stomatology
of the National academy of medical science of Ukraine»

**THE METHOD OF THE MOBILIZATION OF
SOFT TISSUES AT THE MARGIN OF HARD AND
SOFT PALATE AT THE STAGES OF ITS RECON-
STRUCTION AT INNATE CLEFTS OF SOFT AND
PARTIALLY HARD PALATE**

ABSTRACT

The international experience of surgical treatment of patients with cleft of upper lip and palate demonstrate good results of the elimination of the primary defects as well as the corrected secondary deformations, but the results of the surgery can not always be taken as positive ones.

While operating on the patient with the innate cleft of soft and partially hard palate the surgeon often faces the dilemma: to carry out the surgery according to the standard protocol of veloplasty and leave the partial defect of hard tissue or to carry out the surgery of both soft and hard tissue simultaneously.

To shorten the surgical intrusions in number the technique of the primary surgical intrusion at isolated cleft of soft palate was perfected.

At general anesthesia (endotracheal anesthesia) and additional infiltration anesthesia (sol. Articaini 1% -15 ml) the vertical incisions of soft tissues by the inner edge of the cleft was made, also two lateral incisions of soft tissues at the area of upper jaw hump, modified according to the method by Ernst, are performed. The dissection of soft tissues by the posterior edge of hard palate was carried out with the separation of m. Levator veli palatine and palatal portion of m. Palatoglossus and m. Palatopharigeus. The nasal mucous membrane, muscular layer and oral mucous membrane were extracted. To mobilize the soft tissues by the margin of soft and hard palate the modified by Langenbeck lateral incisions were prolonged by dentogingival edge to 54 and 64 teeth.

To the author's opinion, the application of the prolonged lateral incisions of soft tissues by the margin of soft and hard palate at surgery allows their mobilization. This action reduces the tension of this part at layered closure of the wound, favoring the better adaptation of wound surface.

Key words: palate, innate clefts of lip and palate, surgical intrusion.

Актуальність теми. Світовий досвід хірургічного лікування хворих з розцілиною верхньої губи та піднебіння демонструють хороші результати усунення як первинних дефектів, так і виправлених вторинних деформацій, але результати операції не завжди можуть трактуватися як позитивні [2]. До те переш-