

Материал и методы. В работе проанализированы результаты выполненной субтотальной резекции щитовидной железы по разработанной нами методике у 26 больных раком щитовидной железы.

Результаты. Нами разработана оригинальная методика экстрафасциальной субтотальной резекции щитовидной железы (патент № 2147839 от 27.04.2000). Она выполнялась при T₃ стадии рака щитовидной железы и доброкачественных опухолях с тотальным поражением обеих долей. Хирургическое вмешательство начинали с удаления пораженной доли. Особенностью предложенной операции являлась методика резекции другой доли. После пересечения передних мышц шеи выделяли верхний сосудистый пучок щитовидной железы, брали его на зажимы и легировали, долю вывихивали в рану медиально и спереди. Находили возврат-

ный нерв и прослеживали его до места впадения в гортань, выделялась и удалялась клетчатка вдоль стенки трахеи и трахеопищеводной борозды. Затем мобилизовывали нижний полюс щитовидной железы, нижнюю щитовидную артерию не перевязывали, а накладывали зажим на оставшуюся часть доли размером не более 0,5 x 0,5 и 1,5 x 2,5 см, что составляло примерно 1,5–2 г ткани щитовидной железы.

Выводы. Выполняя экстрафасциальную субтотальную резекцию щитовидной железы с визуализацией возвратного нерва и сохранением нижней щитовидной артерии (из бассейна которой в 100 % случаев кровоснабжаются нижние околощитовидные железы и в 88 % – верхние околощитовидные железы), предупреждаются нарушение васкуляризации околощитовидных желез и травматизация возвратного нерва. Это предотвращает развитие послеопе-

КРИОГЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ КОЖИ, СТРАДАЮЩИХ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.П. Светицкий, П.В. Светицкий

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

При раке кожи, как правило, поражается область головы и чаще всего у больных пожилого и старческого возраста, страдающих сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, ИБС, гипертоническая болезнь). Отделение опухолей головы и шеи РНИОИ располагает опытом применения криодеструкции у 216 больных раком кожи I–II ст., где большинство было старше 60 лет – 174 (80,5 %). Мужчин – 160 (74,1 %), женщин – 56 (25,9 %). Диагноз во всех случаях был верифицирован: базально-клеточный рак – у 165 (76,2 %), плоскоклеточный – у 51 (23,8 %). I ст. (T₁N₀M₀) отмечена у 182 (84,2%), II (T₂N₀M₀) – у 34 (15,8%). Из 216 пациентов у 87 (40,2%) имела место гипертоническая болезнь, у 34 (15,7%) – ИБС, у 18 (8,4%) отмечен сахарный диабет, один больной страдал эпилепсией.

Криодеструкция проводилась амбулаторно и, как правило, без предварительной анестезии. Осложнений в процессе проведения лечения не наблюдалось. Во всех случаях был достигнут полный непосредственный клинический эффект. За период наблюдения в течение 5 лет у всех больных с I ст. продолженного роста и рецидивов не было отмечено. У 7 (3,2 %) пациентов со II ст. возникли рецидивы в сроки от 4 до 11 мес, в результате чего вновь была проведена криодеструкция до полного выздоровления. Полученные результаты показывают, что криодеструкция является методом выбора при лечении больных раком кожи старших возрастных групп, страдающих сопутствующими заболеваниями.

рационного гипопаратиреоза. Операция выполняется онкологически радикально и онкологически щадяще.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТАТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСОГЛОТКИ

П.В. Светицкий, М.В. Волошко

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

В структуре онкологической заболеваемости злока-