

преимущественно выполнялась гистерэктомия (22/27, 81,5%), при плоскоклеточной карциноме *in situ* шейки матки – конизация шейки матки (72,6%; 69/95), $p < 0,05$.

Выводы. Средний возраст больных аденокарциномой *in situ* на 6,8 года старше больных плоскоклеточной карциномой *in situ* шейки матки ($p < 0,05$). Сексуальное поведение, частота использования оральных контрацептивов не имеют существенных отличий в исследованных группах больных. Фактор курения был зафиксирован лишь у каждой 7-й больной аденокар-

циномой *in situ* шейки матки. Скрытое течение заболевания отмечено у 2/3 больных аденокарциномами *in situ* шейки матки, в остальных случаях были кровомазание или лейкоррея. У 78% больных аденокарциномой *in situ* слизистая *portio vaginalis* шейки была неизменной. Аденокарциномы *in situ* шейки матки наиболее часто сочетались с миомой матки (50%). Органосохраняющее лечение при аденокарциноме *in situ* шейки матки выполняется значительно реже, чем при плоскоклеточной карциноме *in situ* (18,5% и 72,6% соответственно).

ОЗОНОТЕРАПИЯ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ НОРМАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БЫСТРЫМИ НЕЙТРОНАМИ

К.А. СИМОНОВ

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Современные многокомпонентные программы лечения злокачественных опухолей различной локализации нередко сопровождаются развитием лучевых повреждений нормальных тканей и критических органов. НИИ онкологии СО РАМН имеет 25-летний опыт применения нейтронной терапии у больных с опухолями различных локализаций. Быстрые нейтроны из-за радиобиологических особенностей более эффективны, чем редкоионизирующее фотонное излучение, однако характеризуются повышенной частотой лучевых повреждений кожи, поскольку максимум дозы располагается на расстоянии 2 мм от поверхности.

Цель – оценить эффективность озонотерапии у больных отдельными локализациями злокачественных новообразований в лечении лучевых повреждений кожи после нейтронной и нейтронно-фотонной терапии.

Материал и методы. Озонотерапия у больных опухолями головы и шеи. Под наблюдением находилось 8 больных злокачественными новообразованиями области головы и шеи. Метод апробирован у больных раком околоушной железы ($n=3$), которым нейтронная и нейтронно-фотонная терапия проводилась в послеоперационном периоде; у больных раком слизистой дна

полости рта ($n=2$), которые в послеоперационном периоде получали электронно-фотонную терапию, и у больных раком гортани ($n=3$) I–III стадии, получавших радикальный курс дистанционной гамма-терапии. Средний возраст больных 54 года. У всех больных отмечалась лучевая реакция I–II степени по классификации RTOG/EORTC (1995). Локальная озонотерапия проводилась в виде аппликаций озонированного масла на область поврежденной кожи у больных раком околоушной железы 5 раз в неделю. Пациенты с раком слизистой дна полости рта и гортани при появлении лучевого эпителиита полоскали озонированной водой ротовую полость и горло в течение 10 минут до и после сеанса лучевой терапии.

Озонотерапия у больных с местными рецидивами рака молочной железы. Трех пациенткам с выраженными лучевыми повреждениями кожи в виде лучевых язв размерами 2х3 см в области передней грудной стенки после нейтронной и нейтронно-фотонной терапии проводилась комплексная терапия озоном: промывание раны 100 мл дистиллированной водой, озонированной в течение 35 мин, обработка язвенного дефекта непосредственно озоном и наложение озонированного водного компресса.

Результаты. Зафиксирован локальный положительный объективный и субъективный эффект озонотерапия у 4 больных опухолями полости рта и гортани: быстрое купирование болевого синдрома, снижение отека и отсутствие развития пленчатого эпителиита. У больных раком околоушной железы отмечалось медленное снижение выраженной гиперемии кожи в зоне полей облучения. У 2 больных с рецидивами РМЖ отмечалась медленная регенерация ткани в области лучевой язвы, однако

полного заживления не наблюдалось. У одной больной после дополнительного применения газообразного озона и компрессов с озонированной дистиллированной водой отмечалось уменьшение гнойного налета в ране, уплощение краев раневого дефекта.

Выводы. Клиническая апробация озонотерапии показала ее безвредность и целесообразность назначения больным с местными лучевыми реакциями и повреждениями кожи после нейтронной и нейтронно-фотонной терапии.

СПОСОБЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЛАРИНГЭКТОМИИ

А.Е. СМЕРНОВ, А.Л. КЛОЧИХИН

Областная клиническая онкологическая больница, г. Ярославль

Актуальность. Ларингэктомия – одна из наиболее часто выполняемых операций при местнораспространённом раке гортани. Стандартная техника вмешательства включает предоперационную трахеостомию под местной анестезией для проведения вентиляции лёгких во время операции. Существует и альтернативная методика обеспечения проходимости дыхательных путей при ларингэктомии, включающая интубацию трахеи.

Цель исследования – изучить и сравнить способы обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при ларингэктомии по поводу рака.

Материал и методы. В исследование включены 43 пациента с морфологически верифицированным местнораспространённым раком гортани, которым в плановом порядке под общей анестезией выполнена стандартная ларингэктомия. У 8 (18,6%) больных диагностирован стеноз гортани 0–I степени, у 35 (81,4%) – II и III степени. Во время операции проводили комбинированную внутривенную анестезию с миорелаксацией и ИВЛ. Все больные были разделены на две сопоставимые по основным клиническим показателям группы. В I группе (n=21) перед операцией производили трахеостомию под местной анестезией с ИВЛ через интубационную трубку, установленную в трахеостому. Во II группе больных (n=22) после

индукции анестезии и введения миорелаксантов выполняли интубацию трахеи армированной эндотрахеальной трубкой диаметром 7 мм. После проведения основного этапа вмешательства переходили к трахеостомии. По окончании оформления трахеостомы извлекали интубационную трубку из полости рта и продолжали ИВЛ через трахеостому. В динамике исследовали показатели гемодинамики, пульсоксиметрии и капнометрии.

Результаты. В I группе больных формирование трахеостомы под местной анестезией сопровождалось гипертензивной реакцией системы кровообращения с повышением уровня среднего артериального давления (САД) на 11,8 мм рт. ст. (10,7%) и увеличением частоты сердечных сокращений (ЧСС) в среднем на 17 ударов в 1 мин (20,5%). Эти изменения гемодинамики были обусловлены негативной реакцией пациента, появлением чувства страха и возможной неадекватностью местной анестезии при трахеостомии. Уровень насыщения гемоглобина кислородом (SpO_2) на данном этапе операции оставался стабильным ($96 \pm 3,5\%$). Продолжительность выполнения трахеостомии под местной анестезией – $13,5 \pm 3,5$ мин. Средняя продолжительность операции – 105 ± 25 мин. На последующих этапах операции регистрировали адекватные гемодинамические и респираторные показатели. Во II группе больных после индук-