

гноя, появлялись здоровые грануляции, на фоне которых происходила быстрая эпителизация. Абсолютный положительный результат получен у 96 % больных. Результаты свидетельствуют о том, что экзогенный NO в составе газового потока является фактором выраженной стимуляции раневого заживления. Интраоперационное воздействие воздушно-плазменным потоком в режиме коагуляции позволяет выполнять обширные онкологические и реконструктивно-пластические операции на голове, шее, конечностях. При этом существенно снижается диффузная крово- и плазмотеря, а также обеспечивается абластичность вме-

шательства вследствие гибели опухолевых клеток, рассеянных по поверхности раны при удалении опухоли.

Выводы. В режиме интраоперационной обработки метод обеспечивает существенное уменьшение плазмо- и кровопотери с обширных раневых поверхностей вследствие формирования очень тонкого слоя коагуляционного некроза ткани. В режиме экзогенной NO-терапии осложненных послеоперационных ран достигаются уменьшение или ликвидация воспалительного процесса, стимуляция развития грануляционной ткани и ускорение эпителизации. Эффект наступает независимо от локализации ран на теле, а также варианта пластического материала. Поло-

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

А.А. Рововой, Ж.В. Дудка, А.Ю. Попов, Ю.А. Левко

Отделение общей хирургии ККБ № 1, г. Краснодар

Тиреотоксический зоб – одно из наиболее тяжелых заболеваний щитовидной железы. Сочетание диффузно-токсического зоба (ДТЗ) и злокачественного поражения щитовидной железы считается достаточно редким, поэтому данные, полученные в результате собственных наблюдений, представляют особый интерес. Увеличение количества больных с сочетанием рака щитовидной железы и ДТЗ требует пересмотра тактики, диагностики и выбора объема оперативного вмешательства.

Материал и методы. В хирургическом отделении ККБ № 1 в 2005 г. оперировано 500 человек по поводу различных заболеваний щитовидной железы, из них по поводу ДТЗ – 30 человек. При проведении обследования до операции по результатам УЗИ отмечено только диффузное увеличение щитовидной железы без признаков узлообразования. Показанием к операции явились длительное неэффективное консервативное лечение и увеличение размеров щитовидной железы. Интраоперационно наличие диффузного зоба не вызывало сомнений, макроскопических признаков узлов не отмечено. В связи с этим необходимости в проведении экспресс-гистологии не было.

Окончательный диагноз устанавливался по результатам планового гистологического исследования. Объем выполненных вмешательств распределился следующим образом: по О.В. Николаеву – 19 больных (63,3 %), по Е.С. Драчинской – 9 (30 %), тиреоидэктомия – 1 (3,3 %), удаление культи щитовидной железы при рецидивном ДТЗ – 1 (3,3 %). У всех больных злокачественное поражение щитовидной железы впервые диагностировано при плановом гистологическом исследовании. В послеоперационном периоде больные направлялись к онкологу.

Результаты. Из 30 больных, оперированных с диагнозом ДТЗ, доброкачественный процесс выявлен в 21 случае (70 %), в 9 (30 %) – злокачественные опухоли различной гистологической структуры, как правило, мультицентрической формы.

Выводы. Необходим поиск методов дооперационного выявления рака при ДТЗ; ставить более настойчиво показания к оперативному лечению ДТЗ, отказываясь от длительных курсов консервативной терапии. При выборе тактики оперативного лечения отдавать предпочтение методике Драчинской, расширять показания к тиреоидэктомии.