

В нижней трети проводили дополнительный разрез (получился модифицированный разрез кожи шеи, предложенный Р.И. Вагнером). После отсепаровки кожных лоскутов выделялась грудино-ключично-сосцевидная мышца из фасциального футляра. После пересечения грудино-ключично-сосцевидной мышцы над ключицей концы разводились в стороны на держалках, что позволяло выделять и более тщательно удалять клетчатку и лимфатические узлы бокового треугольника

шеи, особенно нижних яремных лимфатических узлов при задней их локализации. При этом в едином блоке выделялась глубокая шейная клетчатка с лимфатическими узлами по направлению сверху вниз. Далее выполнялась операция на щитовидной железе по экстрафасциальной методике, начиная с пораженной доли, а объем ее зависел от распространенности опухолевого процесса. Клетчатка шеи с лимфатическими узлами и щитовидной железой удалялись единым блоком.

Выводы. Предложенная операция позволяет не

только радикально выполнить хирургическое вмешательство на путях лимфооттока, но и производить экстрафасциальное удаление щитовидной железы в объеме гемитиреоидэктомии, субтотальной резекции или тиреоидэктомии в зависимости от распространенности опухолевого процесса.

РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.У. Савенок, Э.В. Савенок, Н.А. Огнерубов, Е.С. Минакова

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Изучить возможности ультразвукового метода исследования в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы.

Материал и методы. Нами изучены возможности ультразвукового метода исследования в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы у 732 больных.

Результаты. Из 191 больного раком щитовидной железы при УЗИ диагноз рака был поставлен лишь в 12 случаях (6,3 %). У 25 больных (13 %) результаты УЗИ носили описательный характер. У 19 пациентов (9,9 %) был поставлен диагноз зоба. Узлы в щитовид-

ной железе были выявлены у 126 человек (66 %). У 257 пациентов с аденомой щитовидной железы конечный диагноз совпал с результатами УЗИ в 3,1 %. Диагноз рака был выставлен 8 (3,1 %) больным, а узловой зоб – 59 (22,9 %) пациентам. В большинстве случаев – 178 (69,3 %) – при УЗИ были описаны узлы. Из группы больных (231) с узловым зобом ультразвуковое заключение “зоб” было сделано у 85 (36,8 %) больных, рак – у 2 (0,9 %) пациентов, киста – у 16 (6,9 %), аденома – у 3 (1,3 %) больных. Узлы в щитовидной железе были описаны у большинства пациентов – 125 (54,1 %). У 53 пациентов с хроническим тиреоидитом при УЗИ хронический тиреоидит диагностирован в 3 (5,6 %) случаях.

Выводы. Возможности УЗИ в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы весьма ограничены. Как самостоятельный метод, он не имеет решающего значения и использует-

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.У. Савенок, Э.В. Савенок, Н.А. Огнерубов

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

ся нами чаще для выявления узлов и характеристики непораженной ткани щитовидной железы, поскольку это влияет на выбор объема операции.

Цель исследования. Усовершенствовать методику экстрафасциальной субтотальной резекции щитовидной железы с целью интраоперационной профилактики гипопаратиреоза.

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 кпереди. 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-