

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. СМИРНОВ, 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 (SrO_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-

ции анестезии проводили интубацию трахеи. У 13 (59,1%) больных со стенозом гортани II–III степени отмечали технически трудную эндотрахеальную интубацию, в 2 (9,1%) случаях она не удалась, что потребовало экстренного восстановления оксигенации путём проведения чрескожной транстрахеальной струйной ИВЛ с последующим формированием трахеостомы. У 6 (27,3%) больных со стенозом гортани II и III степени отмечена гипертензивная гемодинамическая реакция на интубацию трахеи. У пациентов без стеноза гортани и со стенозом I степени не выявлено сложностей при интубации

трахеи. Средняя продолжительность операции – 92 ± 26 мин. На последующих этапах операции регистрировали стабильные показатели гемодинамики и газообмена.

Выводы. При выполнении ларингэктомии у больных без стеноза гортани или при стенозе I степени трахеостомию целесообразно проводить под общей анестезией после выполнения основного этапа вмешательства, что сокращает продолжительность операции и технологически проще. При стенозе гортани II и III степени необходимо предоперационное формирование трахеостомы под местной анестезией.

ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЛЕГКОГО В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Е.Г. СОКОЛЕНКО

КазНИИ онкологии и радиологии, г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Рак легкого – наиболее распространенная злокачественная опухоль в мире: ежегодно диагностируется около 1,2 млн новых случаев. По данным Американского общества по изучению рака, в 2006 г. число новых случаев рака легкого составило 114760 у мужчин и 98620 у женщин. Проблема рака легкого актуальна и для Казахстана, где данная форма рака на протяжении четырех десятилетий занимает первое место в структуре онкопатологии.

Цель исследования – изучить динамику заболеваемости раком легкого в Республике Казахстан за 29 лет (1979–2007 гг.) и составить прогноз на 2013 г.

Материал и методы. Сведения о больных взяты из уточненных данных отчетных форм (уч. ф. №6-ж, №7) областных онкологических диспансеров за 1979–2007 гг. Статистическая обработка включала расчет экстенсивных, обычных и стандартизованных показателей заболеваемости. Использован прямой метод стандартизации (стандарт мировой), математический расчет прогноза. При анализе динамики заболеваемости применен регрессионный, трендовый и корреляционный методы.

Результаты. Динамика заболеваемости раком легкого населения Республики Казахстан характеризовалась волнообразным подъемом до

1990 г. с последующим снижением показателей в период с 1991 по 2007 г. Стандартизованный показатель в 1979 г. – $26,05^{0/0000}$, в 2007 г. – $22,09^{0/0000}$. На протяжении 29-летнего периода мужчины заболевали раком легкого чаще, чем женщины. Показатели заболеваемости мужчин в отдельные годы в 7,2–7,9 раза, а в 1995 г. – в 8,8 раза выше, чем у женщин. Это связано с тем, что в 1995 г. у мужского населения отмечался рост коэффициентов заболеваемости, а у женщин – их снижение. В динамике заболеваемости мужского населения с 1979 г. также шел рост частоты рака легкого, а затем снижение. У женского населения период подъема заболеваемости раком легкого длился на 1 год больше, т.е. с 1979 по 1990 г., и характеризовался устойчивым возрастающим трендом ($r=+0,94$). С 1991 по 2007 г. фактически наблюдается стабилизация ($r=+0,09$). Таким образом, в период с 1979 по 1991 г. наблюдается возрастание заболеваемости как мужского, так и женского населения. Затем у мужского населения отмечается убыль уровня заболеваемости ($r=-0,94$), характеризующаяся устойчивым снижающимся трендом, а у женского населения – показатели остаются практически на одном уровне. Прогнозный показатель заболеваемости раком легкого на 2013 г. составляет $21,7 \pm 0,37^{0/0000}$, смертности – $16,9 \pm 0,32^{0/0000}$. В 2013 г. ожидается $3095 \pm 58,0$