

Обследованы 52 больных дифференцированным раком щитовидной железы в возрасте от 25 до 60 лет, получивших радикальное лечение. Исследование проводилась в три этапа: до операции, через неделю после операции и через 6 мес после выписки из стационара. Использовалась клиническая “шкала тревоги Гамильтона”. Субъективная оценка качества жизни пациентов изучалась с помощью “Опросника уровня качества жизни” (Гундаров И.А., 1995). Скрытые эмоциональные нарушения, индивидуальные механизмы переработки стресса и психологические защиты изучались методом психологической диагностики “Индекс жизненного стиля” (Клубова Е.Б., 1994; Plutchik R., 1979).

Отмечен высокий средний уровень тревоги по шкале Гамильтона – 15,41 балла, при этом у 28,21 % пациентов уровень тревоги составил 20 и более баллов (контроль у здоровых – 3–5 баллов). Уровень соматической тревоги составил 5,4 балла (в расчете на

1 симптом 0,9 балла), нейровегетативной тревоги – 1,9 балла (в расчете на 1 симптом 0,97 балла), психической – 8,2 (в расчете на 1 симптом 1,34 балла). Количественные характеристики качества жизни показывают снижение физического вектора в раннем послеоперационном периоде – 34,4+1,24 балла (контроль у здоровых – 45,5+2,7 баллов, $p<0,05$). В течение полугода полностью восстанавливается физическое самочувствие, но происходит социально-психологический кризис.

Таким образом, у больных раком щитовидной железы обнаруживаются достаточно высокий уровень личностной тревоги, который преимущественно имеет психический и нейровегетативный характер, в значительной степени снижение качества жизни по социальному вектору; психотерапия должна быть направлена на снижение личностной тревоги каждого пациента с обоснованием индивидуальной программы для психофармакотерапевтической помощи.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ГЛОТКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГОРТАНИ

В.Г. Ежов, Е.Д. Панов, А.А. Подоскин, С.В. Ежов

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

В ряде случаев у больных злокачественными новообразованиями гортани после ее удаления, возникают в послеоперационном периоде стойкие дефекты нижних отделов глотки, вследствие чего затруднен прием пищи, а пациенты длительное время находятся на зондовом питании.

У 238 больных распространенными раком гортани III–IV ст. в разные сроки после окончания дистанционной лучевой терапии СОД 40–70 Гр по поводу остаточной опухоли или рецидива заболевания произведены различные по объему ларингэктомии. Среди них ларингэктомии – 148, расширенные ларингэктомии с резекцией глотки и ее ушиванием – 75, расширенные ларингэктомии с резекцией глотки, корня языка, шейного отдела пищевода и наложением плановой фарингостомы – 15. У 84 (35,3 %) больных в послеоперационном периоде образовались стойкие дефекты глотки, в т.ч. после дистанционной лучевой терапии СОД 40 Гр – у 20, а после СОД 70 Гр – у 64. К стойким дефектам нижних отделов глотки относились: глоточные свищи (площадь дефекта до 0,5 см²) – 48 боль-

ных, а с большими дефектами и фарингостомами – 36. В зависимости от размеров дефектов глотки 20 больных питались самостоятельно и нуждались в перевязках после приема пищи, остальные постоянно принимали пищу через зонд, вводимый через стому в пищевод. Пластическое закрытие глоточных свищей и фарингостом обычно производили в сроки от 4 до 6 мес после ларингэктомии, к этому времени обычно стихало перифокальное воспаление, восстанавливалась структура кожи и тканей в области дефектов. Технически операция по устранению дефекта нижних отделов глотки заключалась в двух этапах: первый – формирование внутренней выстилки недостающей части глотки и шейного отдела пищевода, второй – устранение дефекта кожи шеи. Во всех случаях внутренняя выстилка формировалась за счет кожи, окружающей дефект, и части слизистой глотки, таким образом, чтобы просвет сформированной глотки был не менее 2,0–2,5 см в диаметре, что позволяет избежать в последующем ее сужения. После формирования внутренней выстилки образовывался дефект

кожи шеи площадью от 4 до 30 см². У 11 пациентов дефекты кожи до 15 см² закрывались путем перемещения кожных лоскутов, окружающих сформированную внутреннюю выстилку, различных конфигураций. У 26 больных для закрытия дефекта использовался дельтопекторальный кожно-жировой лоскут, который выкраивался в левой дельтопекторальной области с формированием питающей ножки в проекции рукоятки грудины. Питание больных в после-

операционном периоде осуществлялось через носопищеводный зонд или парентерально. Существенных осложнений в послеоперационном периоде не было, лишь у 5 больных образовались глоточные свищи, потребовавшие их повторного пластического закрытия. Восстановление приема пищи естественным путем улучшает качество жизни больных раком гортани после комбинированного лечения, способствует их социальной адаптации.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В.Г. Ежов, Е.Д. Панов, А.А. Подоскин, Б.В. Петров, С.В. Ежов

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

Ранняя диагностика, совершенствование методик облучения злокачественных новообразований слизистой полости рта способствуют улучшению результатов лучевого лечения этой группы больных. При этом, как правило, независимо от методик облучения в зону воздействия ионизирующего облучения вовлекается нижняя челюсть, в которой иногда возникают лучевые повреждения – остеомиелиты.

Под наблюдением находилось 38 больных со злокачественными новообразованиями слизистой оболочки полости рта I–II ст., у которых в разные сроки после окончания лучевой терапии в СОД > 70 Гр развились лучевые остеомиелиты, причем первичная опухоль была излечена. Лучевые остеомиелиты возникали в основном на стороне поражения, лишь у 4 больных они носили двухсторонний характер. Сроки возникновения лучевого остеомиелита после окончания лечения: до двух лет у 9 больных; от двух до пяти лет – 26; более пяти лет – 3. Лечение начиналось

с санации полости рта, корни и периодонтитные зубы удалялись, затем назначались: моно- или полиантибактериальная терапия, при этом учитывалась комбинация антибиотиков, перекрывающих возможный микробный спектр инфекции; препараты, стимулирующие неспецифическую резистентность организма и улучшающие тканевую проницаемость; витаминотерапия. У 18 больных с начальными формами остеомиелита эти явления были купированы после 1–3 курсов лечения. При формировании секвестров производилась некротомия – 12 больных. У 8 пациентов, несмотря на проводимое лечение, явления остеомиелита прогрессировали, у 3 из них развились патологические переломы. Всем этим больным произведена резекция нижней челюсти.

Таким образом, лечение лучевого остеомиелита нижней челюсти необходимо начинать с консервативной терапии. При секвестрации и патологических переломах показано оперативное лечение.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АУТОПЛАСТИКОЙ

П.М. Ермолаев

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

Новым направлением в онкохирургии являются реконструктивно-пластические операции с микрохирургической техникой. У онкологических больных

резко повышен риск тромбоза микрососудистых анастомозов, снижена толерантность тканей к повреждающим воздействиям, что обусловлено раковой ин-