

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 спереди. 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-

чественные опухоли носоглотки встречаются относительно редко (около 2 % от злокачественных опухолей головы и шеи). Однако смертность при данной патологии очень высока. Учитывая, что большинство больных поступает на лечение с опухолями шеи, при обследовании которых выявляется первичный процесс в носоглотке, низкий постлучевой эффект первичного очага, не поддающегося на современном этапе хирургическому воздействию, проблема лечения данного заболевания остается актуальной. В этой связи в РНИОИ разработана методика лечения остаточных опухолей носоглотки у больных, исчерпавших возможности лучевой терапии, путем криовоздействия. Созданы специальные

устройства, позволяющие селективно под визуальным контролем осуществлять криодеструкцию. Методика лечения использована у 15 больных – 8 мужчин и 7 женщин в возрасте 40–60 лет. Недифференцированный рак был у 2 больных, плоскоклеточный – у 5 и незрелая злокачественная опухоль – у 2. Криодеструкция осуществлялась под местной анестезией. Были обработаны подходы криодатчика в зависимости от локализации опухоли. Манипуляцию все больные перенесли удовлетворительно, осложнений не наблюдалось. Больные находятся под наблюдением в течение 6–8 мес. Визуальный динамический контроль, а также КТ и МРТ-контроль показали высокую эффективность проводимого лечения. Рецидив опухоли не наблюдался. Исследования по предлагаемому методу лечения остаточных опухолей носоглотки продолжают.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ РАКА ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П.В. Светицкий

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, г. Ростов-на-Дону

За последние 10 лет отмечается увеличение заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации (РФ), когда “грубый показатель” возрос на 12,7 %. В то же время отмечается стабилизация заболеваемости раком органов полости рта и глотки (РПРиГ), находящейся в пределах 6,5–7,3 (на 100 тыс. нас.). Заболеваемость РПРиГ в Ростовской области (РО) аналогична данным показателям по РФ.

Ежегодно в РО регистрируется от 270 до 300 боль-

ных РПРиГ. К сожалению, показатель выявляемости запущенного рака (III–IV ст.) в РО за последние 5 лет был хуже, чем в РФ, и составил 71,7–74,3 (на 100 тыс.), т.е. превышал общероссийский на 4–6 %, в связи с чем следовало бы ожидать и худшие результаты лечения. Однако результаты лечения оказались лучше общероссийских. Так, одногодичная летальность в РО была достигнута у 30,9–39,1 % больных, т.е. была ниже общероссийской на 8–10 %, а 5-летняя выживаемость превышала показатель РФ на 4–7 % (50,7–55,9 % в РО; 47,0–49,0 % в РФ). Полученные положительные результаты лечения были достигнуты, на наш взгляд, в связи с применением комбинированного метода, когда на первом этапе выполнялась операция с последу-

УЗКИЕ ТРАХЕОСТОМЫ КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

П.В. Светицкий, Р.Х. Магеррамов

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, г. Ростов-на-Дону
ющим облучением, а затем химиотерапией.

Формирование трахеостомы при экстирпации гортани является важным этапом операции. Большин-

ство хирургов во время удаления гортани стремятся создавать трахеостому, при которой больной мог бы свободно дышать без трахеотомической трубки. Однако при вторичном инфицировании раны в области культи трахеи, расхождении швов на верхних кольцах