

66,8±3,5/год.; максимальна ЧСС 142,6±4,9 уд/хв., а мінімальна 44,5±2,3 уд/хв. Зазначені показники свідчать про виражені розлади дихання, обструктивного характеру і вимагають корекції. Під час проведення «лікувальної» ночі, в рамках якої пацієнтам проводили неінвазивну (маскову) респіраторну підтримку в режимі постійного позитивного тиску в дихальних шляхах (CPAP) респіратором «Somno balance Auto» (Weinmann, Німеччина), середні значення SpO₂ становили 94,2±1,8%, а мінімальні 88,3±4,9%; середні значення PetCO₂ - 39,6±2,6 mm Hg, а максимальні 43,2±1,6 mm Hg; середня кількість oRDI 4,7±0,3/год., а максимальна

5,3±0,2/год.; максимальна ЧСС 87,8±3,2 уд/хв., а мінімальна 54,5±3,2 уд/хв. Отримані дані свідчать про адекватну корекцію СОАС за допомогою неінвазивної маскової CPAP-терапії та повну нормалізацію кисневого статусу і функції зовнішнього дихання.

Висновки. Обструктивні порушення дихання уві сні різко дестабілізують кисневий статус організму та альвеолярну вентиляцію. Адекватно проведене ЛОР-лікування та налагоджена CPAP-терапія ліквідує загрозові дихальні розлади та мінімізує серцево-судинні і респіраторні ризики та фрагментацію нічного сну.

© І.І. Тітов, Н.А. Комашко, В.М. Ванченко, В.В. Голуб, В.В. Венгрович, Т.М. Прядка, 2016

В.І. ТРОЯН, О.В. ЛОБОВА, І.О. СІНАЙКО (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ РЧТА В ЛІКУВАННІ МЕТАСТАЗІВ РАКА ГОРТАНІ В ЩИТОПОДІБНУ ЗАЛОЗУ

Основним методом лікування метастатичного раку гортані в щитоподібну залозу є екстрафасціальна тиреоїдектомія з цервікоцентральною лімфоаденоектомією. Подібний підхід дозволяє підвищити 5-річну виживаність хворих до 23-28 %. В той же час «резектабельними» є не більше 10-15 % хворих. Причинами нерезектабельності метастазів є наявність інфільтрації ними магістральних судин ший, незадовільний соматичний статус хворого і низька (менше 3 міс) очікувана тривалість життя пацієнта.

В зв'язку з вищевикладеним нами у 14 хворих цієї категорії був використаний метод радіочастотної термоабляції (РЧТА) з використанням генератора Celon Lab ENT, аплікатори біполярні електроди Celon Pro Surge, діаметром 2,8 мм. Загальна доза енергії, що подавалась, для тканини щитоподібної залози складала 8 Вт/мм³. У 11 пацієнтів з резектабельними метастазами виконували хірургічну резекцію з радіо-

частотною термоабляцією яка здійснювалась відкритим способом. Відкритий хірургічний метод виконувався у хворих з метастазами в залозу без екстрафасціального розповсюдження в вигляді екстрафасціальної гемітиреоїдектомії і цервікоцентральної лімфоаденоектомії. У 3 хворих пухлинна циторедукція була неповною у зв'язку з великим діаметром пухлинного осердеку (>3 см), у 3 хворих через 3 місяці реєстрували появу рецидиву метастаза, що зажадало проведення ім повторної РЧТА, тобто мала місце, «часткова відповідь, стабілізація».

У 3 хворих з нерезектабельними метастазами в щитоподібну залозу циторедукція за допомогою РЧТА проводилась закритим способом під УЗ навігацією. У них циторедукція виявилась неповною і мало місце «прогресування захворювання» внаслідок чого вони померли через 2-3 місяці, але у всіх випадках ми досягали ремісії і зменшення больового та інтоксикаційного синдромів.

© В.І. Троян, О.В. Лобова, І.О. Сінайко, 2016

В.І. ТРОЯН, І.О. СІНАЙКО, О.В. ЛОБОВА (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ

Одним з компонентів комбінованого лікування хворих на рак гортані є променева терапія, під час проведення якої, по даним різних

авторів, в 40-60 % випадків виникають місцеві запальні ускладнення у вигляді ерозивно-плівчастого, ерозивно-некротичного мукозиту

та в 26,6% – хондроперихондриту гортані, що знижує ефективність їх лікування.

Раніше нами за допомогою ЛДФ-метрії було встановлено, що в основі їх виникнення лежать порушення в мікроциркуляторному руслі в вигляді збільшення артеріо-венулярного шунтування, наявності спазму прекапілярів, тобто за ангіоспастичним типом.

Нами було досліджено 48 хворих раком гортані T₁₋₂N₁M₀, яким проводився курс післяопераційної теле-гамма терапії в СВД 40 Гр.

З метою корекції виникаючих в опромінених тканинах гортані порушень мікроциркуляції за ангіоспастичним типом, нами використовувався судинорозширювальний препарат, діючою речовиною якого є пентоксифілін. Препарат призначався нами східчасто з першого дня опромінення – 5 мл на 250 мл 0,9% розчину на-

трію хлориду, крапельно 1 раз на добу, протягом 10 днів, а потім протягом 20 днів застосовувався перорально по 100 мг – 3 рази на день, що сприяло нормалізації і більш стабільному стану параметрів мікроциркуляції в тканинах гортані, що підтверджується отриманими даними ЛДФ-метрії про деблокацію спазматичного компонента в мікроциркуляторному руслі опромінених тканин гортані.

При проведенні аналізу ефективності супроводжуючої судинорозширювальної терапії з метою профілактики післяпроменевої ускладненості встановлено достовірне зниження, порівняно з інтегрованими статистичними даними, частоти виникнення ерозивно-плівчастої форми мукозиту на 13,5%, виразково-некротичної – на 13,7%, хондроперихондриту – на 18,1%.

© В.І. Троян, О.В. Лобова, І.О. Сінайко, 2016

*С.Н. ТЫМЧУК, А.В. КОВТУНЕНКО, Д.В. БЕРЕЗНЮК, В.Г. БИТЕВ
(ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ РОТОГЛОТКИ

Заболеваемость раком ротовой части глотки в Украине составляет 4,3 на 100 тыс. населения (мировой стандартный показатель 2,9), показатель смертности больных составляет 3,2 на 100 тыс. населения (мировой стандартный показатель 2,1), а не проживают 1 года из числа впервые заболевших 50,4%. Среди пациентов преобладает трудоспособное мужское население в возрасте от 40 до 55 лет. Полноценное комбинированное или комплексное лечение получают 77,5% больных и следовательно результаты лечения больных считаются неудовлетворительными. 71,9% больных впервые диагностируется в распространенных стадиях заболевания (III-IV ст.). Все это подтверждает актуальность исследований. Одним из непростых этапов лечения опухолей ротоглотки является хирургическое вмешательство при резидуальных опухолях после радикального химиолучевого лечения.

Цель исследования провести анализ эффективности вариантов хирургического лечения резидуальных злокачественных опухолей после проведенного радикального химиолучевого лечения.

В исследовании были проанализированы результаты обследования и лечения 207 пациентов с плоскоклеточным раком ротовой части глотки, которые на первом этапе лечения полу-

чали различные варианты радикального химиолучевого лечения в ЛОР-онкологическом отделении Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова в период с 2010 по 2015 гг. При первичном обращении установлено T₁-T₂ – 19,8% (41 пациент), T₃ – 49,3% (102 пациента) и T₄ – 30,9% (64 пациента), метастазы в лимфатические узлы шеи (N₁₋₃) определялись у 66,2% (137 пациентов). Диагноз резидуальной опухоли устанавливался через 4-6 недель после окончания химиолучевого лечения на основании гистологической верификации. Резидуальные опухоли верифицированы у 115 пациентов (55,6%).

Основными аргументами для принятия решения о выполнении хирургического лечения в орофарингеальной области являются следующие факторы: оперативное вмешательство должно обеспечивать радикальность удаления опухоли и должно сопровождаться реконструкцией и пластическим замещением дефекта для восстановления функций и качества жизни пациента. Этим критериям соответствовали 36 пациентов (31,3%). Хирургическое лечение всем пациентам начинали с хирургии на лимфопутях шеи, выполнения различных вариантов шейных диссекций с обязательной перевязкой наружной сонной артерии на стороне поражения. Данный