

которые мы и наблюдали.

Общая продолжительность наркоза – до 30 минут, что было достаточно для выполнения поставленной задачи.

Затраты эфира на 1 животное составили 4 мл. В известных нам источниках не нашли количественных нормативов при расходовании эфира в эксперименте на лабораторных крысах.

Ограничением данной методики анестезии является невозможность использования ее при проведении операций в области головы.

Было проведено 50 операций, из них 48 завершились успешно, 2 крысы погибли. Целью 32 операций было моделирование полнослойного кожного дефекта, 18 – лапаротомия с последующим моделированием послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки. Погибшие крысы входили в последнюю группу, причем до операции вели себя агрессивно. Работа на шокогенной зоне и предшествовавший стресс, по-видимому, привели к неблагоприятному результату. В таких случаях целесообразным является дополнительное использование 0,25% раствора новокаина. В послеоперационном периоде ни одна крыса не погибла.

Выводы: использование эфирного наркоза по разработанной нами методике является простым, надежным, эффективным, удобным, быстрым, дешевым и безопасным методом в экспериментальной хирургии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Безмен И.А., Токунов В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – доцент В.А. Овчинников

Среди важнейших аспектов диагностики злокачественных

опухолей, в том числе рака гортани и гортаноглотки, является определение компонентов опухолевого роста: Т – распространение первичной опухоли; N – отсутствие или наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и степень их поражения; М – отсутствие или наличие отдаленных метастазов. Известно, что рентгеновская компьютерная томография в силу высокой чувствительности к изменениям плотности исследуемых структур, устранения суммационного характера изображений, является ценным диагностическим методом при изучении сложных в анатомическом строении областей. Однако ее роль для диагностики распространения первичных опухолей гортани и глотки нуждается в уточнении [1].

Цель работы: изучение роли рентгеновской компьютерной томографии в диагностике распространения первичной опухоли при раке гортани и гортаноглотки.

Материал и методы исследования. Выполнен анализ результатов диагностических исследований у 52 больных раком гортани и гортаноглотки. Все пациенты мужчины. Во всех случаях морфологически верифицирован плоскоклеточный рак. У 31 больного выявлен рак гортани, у 20 – гортаноглотки. Метастазы в шейные лимфатические узлы диагностированы у 26 больных (50%). Преобладала распространенность опухоли Т3 и Т4 – 63,2%. Всем больным выполнены ларингоскопия, рентгеновская компьютерная томография (КТ), ультразвуковое исследование шеи. КТ выполнялась в соответствии с общепринятой методикой, без искусственного контрастирования [2].

Результаты и обсуждение.

Установлена инфильтрация (не выявленная при ларингоскопии) опухоли в окружающие структуры при помощи КТ у 23 пациентов (44,2%). В том числе неопластическое поражение хрящей гортани в 5,8%. Поражение хрящей гортани повышает стадию опухоли (Т4). Распространение опухоли на хрящи гортани ухудшает результаты

лучевого лечения и связано с повышением риска лучевого некроза. Опухолевая инвазия хрящей исключает также возможность органосохраняющих операций.

Инвазия в преднадгортанниковое пространство установлена в 7,6% КТ исследований. Выявление этого обстоятельства имеет существенное значение для определения тактики лечения, поскольку в этих случаях органосохраняющие операции не могут быть применены и экстирпация гортани становится неизбежной. Инвазия опухоли в преднадгортанниковое пространство повышает распространенность рака гортани до Т3. В 30,8% наблюдений КТ позволила точно измерить и выразить размеры опухоли в единицах длины (мм; см), тогда как при ларингоскопии такая точность не была доступна. Величина опухоли в единицах длины установлена в качестве критерия классификации компонента Т при стадировании рака гортаноглотки.

Таким образом, КТ позволяет уточнить распространенность первичной опухоли гортани и гортаноглотки, что нужно для определения тактики специального лечения.

Литература:

1. Миразизов К. Д., Палванов Б.Б., Хасанов У.С. Компьютерная томография в диагностике заболеваний гортани // Вестник оториноларингологии. – 2003. – № 2. – С. 36 – 37.
2. Сперанская А.А., Черемисин В.М. Компьютерно-томографическая диагностика новообразований глотки, челюстно-лицевой области и гортани. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2006.– 118 с.

КАВИНТОН В ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ

Безмен И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, стоматологии и офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.Н. Ильина

Удельный вес дистрофических процессов оболочек и сред глазного