

О НЕОБХОДИМОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО УДАЛЕНИЯ ПАРАТРАХЕАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.А. Гинзбург

Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург

С 1994 г. в отделении опухолей головы и шеи Свердловского ООД при всех операциях по поводу дифференцированного рака щитовидной железы производится удаление паратрахеальной клетчатки с одной или с обеих сторон с тотальным её исследованием. За это время прооперировано более 1600 больных дифференцированным раком щитовидной железы. Регионарные метастазы были у 36,4 % больных. Паратрахеальная клетчатка с одной или двух сторон удалена в 1618 случаях. При этом у 345 больных проведена лечебная операция при подтверждённых до операции или в ходе её метастазах в регионарные лимфоузлы. В 1273 случаях было проведено превентивное удаление и тщательное гистологическое исследование паратрахеальной клетчатки (взятой для исследования целиком). Метастазы в лимфоузлы паратрахеальной клетчатки после превентивного её удаления выявлены у 244 больных, причём почти в половине случаев (у 119 больных) клетчатка макроскопически казалась неизменённой.

Я считаю, что, так как паратрахеальная зона наиболее часто является первым коллектором метастазирования при дифференцированном раке щитовидной железы, превентивное удаление паратрахеальной клетчатки с её тотальным гистологическим исследованием позволяет выявить регионарные метастазы на доклиническом этапе. При инфильтративных процессах, распространяющихся на капсулу щитовидной железы, метастазы в лимфоузлы паратрахеальной клетчатки выявлены более чем у половины больных (178 из 350). У 923 превентивная операция выполнена при интратиреоидных, зачастую инкапсулированных опухолях. В этой группе метастазы обнаружены у 66 (7,2 %). В случае обнаружения паратрахеальных метастазов через 1,5 мес после первой операции мы проводим фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи на стороне поражения. Несмотря на то, что при повторной операции метастазы в других группах лимфоузлов выявляются не более чем в 30 % случаев, я считаю эту операцию не превентивной, а лечебной и абсолютно показанной.

ДИАГНОСТИКА ЛУЧЕВОГО МУКОЗИТА МЕТОДОМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ

Н.Д. Гладкова, А.В. Масленникова, И.В. Балалаева, Ю.В. Высельцева,
А.Б. Терентьева, Н.В. Ильин, В.А. Лазарева

*Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород
Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт, г. Санкт-Петербург*

Мукозит является наиболее частым осложнением нехирургического лечения рака головы и шеи. Все существующие системы определения степени его тяжести основаны на визуальной оценке изменений слизистой и/или на жалобах пациента. Не существует методов диагностики мукозита на тканевом и клеточном уровне, так как проведение гистологического исследования для мониторинга состояния слизистой не представляется возможным. Возможность детального исследования структуры слизистой оболочки дает оптическая когерентная томография (ОКТ) – метод получения изображений структуры биотканей, кото-

рый позволяет в режиме реального времени получать изображения подповерхностных структур на глубине до 2 мм с разрешением 10–15 мкм.

Целью исследования. Разработка метода объективной оценки состояния слизистой полости рта и глотки в процессе лучевой и химиолучевой терапии у больных орофарингеальным раком.

Материал и методы. С июня 2004 по сентябрь 2005 г. ОКТ-мониторинг слизистой был осуществлен у 14 пациентов, которым проводилась лучевая или химиолучевая терапия по поводу плоскоклеточного рака полости рта и глотки ($T_{2-4}N_{0-3}M_0$). Исследование