

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

А.В. Черниченко, И.В. Решетов, О.В. Едемская

МНИОИ им. П.А.Герцена, г. Москва

Большинство пациентов с опухолями головы и шеи обращаются за специализированной помощью достаточно поздно, когда опухоль занимает несколько анатомических зон, прорастая жизненно важные структуры. Рецидивы после комбинированного и/или комплексного лечения ещё более осложняют выбор лечебной тактики. Выполнение только необходимого объёма оперативного вмешательства при местнораспространённых процессах не гарантирует выздоровления. Традиционная лучевая терапия, учитывая толерантность окружающих тканей и близость критических органов, в большинстве случаев носит паллиативный характер. Интраоперационную лучевую терапию (ИОЛТ) можно рассматривать как единственный способ подведения дозы.

В нашем институте ИОЛТ проведена 51 пациенту: мужчин – 32, женщин – 19, возраст от 17 до 77 лет. У 22 – выявлен интракраниальный рост. Гистологи-

ческая структура: опухоли эпителиальной природы – 32, неэпителиальной – 19. Из-за распространённости процесса всем пациентам было отказано в специальном противоопухолевом лечении в других клиниках России. У 24 из 51 больного возможности традиционной лучевой терапии были исчерпаны: поглощенные дозы – от 60 до 100 Гр. ИОЛТ проводили на ускорителях электронов “Микротрон-М” и “SL-20 Philips” в дозе 15 Гр – 48 больным, 25 Гр – 3. Дозу подвели после удаления опухоли. Осложнений во время проведения сеанса ИОЛТ не отмечено.

48 больных из 51 выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Умерли 3 пациента (5,9 %). Причины смерти – тромбоэмболия легочной артерии, ишемический инсульт и полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования опухоли. Не отмечено увеличения сроков послеоперационного периода и изменения характера осложнений по сравнению с группой больных с аналогичным объёмом оперативного вмешательства.

ОСОБЕННОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.А. Чернышев, Р.Г. Хамидуллин, С.В. Зинченко, А.Н. Рудык

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Среди нерешённых проблем хирургического лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) остаются вопросы о повторных вмешательствах. В многочисленных исследованиях отечественных и зарубежных хирургов нет чётких данных относительно показаний, хирургической тактики, ближайших и отдалённых результатов таких операций. Мы располагаем опытом выполнения повторных операций у 42 больных. Одному больному выполнено 2, 2 больным – 3 повторные операции. В послеоперационном периоде у 2

больных была транзиторная, у 2 – постоянная гипокальциемия. У одной больной выполнена реоперация по поводу послеоперационного кровотечения. С учетом собственного опыта и данных литературы мы сформулировали следующие принципы, которые необходимо соблюдать при повторных операциях на ЩЖ: 1) Сроки реопераций. Считаем, что повторная операция на щитовидной железе должна выполняться в первые 3–4 дня после первого вмешательства или спустя 2–3 мес, т.е. до появления выраженных воспалительных изменений в ране либо после их стихания.

2) Техническая поддержка. Использование 2–3-кратных увеличительных стекол поможет при визуализации околощитовидных желез (ОЩЖ) и возвратного нерва (ВН) во время реоперации. 3) Профилактика повреждения ВН достигается ранней его визуализацией перед началом мобилизации тканей и знанием особенностей анатомии околощитовидного пространства. Существует несколько доступов к ВН. Латеральный доступ является наиболее часто применяемым при реоперациях. Он заключается в мобилизации медиального края кивательной мышцы и отведении латерально сосудистого пучка, и при этом достигается хороший доступ к латеральному паратрахеальному пространству у нижнего полюса ЩЖ. ВН, как правило, лежит в трахеопищеводной борозде. Нижнепередний доступ заключается в идентификации нижней щитовидной артерии и трахеи. Биссектриса угла между ними и является местом прохождения ВН. Медиальный доступ используется при мобилизации верхнего полюса ЩЖ. Последний оттягивается лате-

рально и диссекция продолжается вниз вдоль гортани до гортанно-трахеального желоба, где и обнаруживается место впадения ВН в гортань. 4) Сохранение ОЩЖ. Использование экстракапсулярной препаровки, сохранение всех ОЩЖ, аутотрансплантация деваскуляризированных ОЩЖ при выполнении реопераций позволяют уменьшить риск стойкого гипопаратиреоза. По наружному краю ЩЖ от верхней до нижней щитовидной артерии обычно располагается клетчатка с ОЩЖ, которая и должна быть мобилизована и оставлена в ходе операции. При выполнении лимфодиссекции при РЩЖ ОЩЖ должны быть отсепарованы, идентифицированы гистологически и аутотрансплантированы в кивательную мышцу. Знание анатомических вариантов расположения ОЩЖ, ВН, детальная препаровка всех структур операционного поля, владение различными техническими доступами к ЩЖ, ОЩЖ и ВН помогут свести к минимуму риск появления возможных осложнений. Частота послеоперационных осложнений при первичных и повторных операциях на ЩЖ заметно не отличалась.

ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.А. Чернышев, Р.Г. Хамидуллин, С.В. Зинченко, А.Н. Рудык

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Понятие “повторных операций” в онкологии традиционно связано с рецидивированием рака, которое может возникать по прошествии определенного времени после первичного радикального лечения. Бесспорно одно – появление местного рецидива или метастазов в регионарных лимфатических узлах чаще является следствием неадекватного вмешательства.

За последние 5,5 года в КОД МЗ РТ прооперировано 316 больных РЩЖ. У 42 пациентов выполнены повторные операции по поводу рецидива заболевания или при подозрении на него. 24 больных первично оперированы в КОД, а 18 больных – в других отделениях и больницах республики. Общий показатель частоты рецидивов составил 8,4 %. Мужчин – 10 (23,8 %), женщин – 32 (76,2 %). Средний возраст $44,3 \pm 0,3$ года (диапазон от 21 до 78 лет). Показаниями к повторным вмешательствам являлись: 1) рецидив опухоли в ложе удаленной доли – у одной больной; 2) рецидив опухоли в резецированной доле ЩЖ – у 4 больных; 3) рецидив в контрлатеральной доле ЩЖ – у 4 пациентов; 4) появление метастазов в паратрахеальных лимфатических узлах (N_{1a}) – у 3; 5) появление метастазов в

ипсилатеральных лимфоузлах шеи (N_{1b}) – у 11; 6) появление метастазов в контрлатеральных лимфатических узлах шеи (N_{1b}) – у 6; 7) двухсторонние шейные лимфогенные метастазы – у 2; 8) метастазы в передневерхние средостенные лимфоузлы (N_{1b}) – у 2 больных; 9) повторное возникновение метастазов на шее после лимфаденэктомии – у 5. Один больной перенес 2, а двое – 3 повторные операции.

У 9 больных повторные операции выполнялись при подозрении на рецидив заболевания, а также при сомнительной радикальности первой операции: 1) подозрение на рецидив опухоли в щитовидной железе и/или метастазы в лимфоузлах шеи у 4 пациентов. При плановом гистологическом исследовании в щитовидной железе были обнаружены гранулемы на шовный материал, а в лимфоузлах – реактивное воспаление; 2) онкологически “неадекватная” первая операция у 5 больных. После гемитиреоидэктомии по поводу многофокусного папиллярного рака и медуллярного рака с метастазами в лимфоузлы шеи у 3 больных, после экзомной резекции одной доли ЩЖ при опухоли, прорастающей капсулу, у 2 больных.

У 3 пациентов показаниями к повторным операциям явились доброкачественные заболевания ЩЖ,