

лективным электродом с анализатором ICA-1, паратирин и кальцитонин определялись с помощью радиоиммунологического метода.

Концентрация ионизированного кальция у больных раком гортани составила $4,672 \pm 0,435$ ммоль/л, паратирин – $4,149 \pm 0,384$ пкмоль/л и кальцитонина – $72,938 \pm 4,625$ пкмоль/л. В норме эти показатели составляют для ионизированного кальция – 1,2 ммоль/л, паратирин

рина – 1,14 пкмоль/л и для кальцитонина – 40,0 пкмоль/л.

Таким образом, на основании представленных данных можно сделать вывод, что у больных раком гортани IV ст. имеется повышение уровня обмена кальция, по сравнению с контрольной группой. Полученные результаты дают нам возможность еще раз убедиться в том, что даже при местно-распространенных формах рака гортани происходит нарушение гуморальной регуляции всего организма.

ДИССЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.П. Шевченко, К.В. Вардосанидзе, С.В.Сидоров, А.А. Дымов, Н.Н. Выборнова, П.А. Таранов

МУЗ "Городская клиническая больница № 1", отделение хирургической онкоэндокринологии, г. Новосибирск

Рак щитовидной железы (РЩЖ) – наиболее часто встречающаяся онкопатология эндокринной системы. За последние 10 лет заболеваемость раком щитовидной железы возросла более чем в два раза. В 2004 г. в Новосибирской области впервые выявлено 156 больных РЩЖ, что составило 4,8 на 100 тыс. населения. Эффективность лечения и прогноз зависят от гистологического варианта опухоли. Наиболее часто встречается папиллярный и фолликулярный рак. Эти варианты относят к наименее злокачественным формам РЩЖ. Они отличаются медленным ростом и редко дают отдаленные метастазы. При раннем выявлении опухоли и правильном лечении больных прогноз благоприятный, десятилетняя выживаемость составляет 98 %. Основной путь метастазирования высокодифференцированных форм РЩЖ – лимфогенный. Общая частота метастатического поражения шейных лимфоузлов составляет 17–70 %. Наибольшей склонностью к лимфогенному метастазированию обладает папиллярный рак. Чаше поражаются лимфоузлы центральной клетчатки шеи – до 52,4 %. Она включает претрахеальную, паратрахеальную клетчатку и клетчатку яремной вырезки. Поэтому ряд авторов считают необходимым удалять её при всех операциях по поводу РЩЖ. Основным методом лечения больных с высокодифференцированными формами РЩЖ был и остается хирургический. У больных с

высокодифференцированным РЩЖ при отсутствии клинических данных, свидетельствующих о метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов, профилактическая лимфодиссекция традиционно не выполняется. Операция ограничивается экстрафасциальным удалением части или всей щитовидной железы. Регионарные метастазы после проведения хирургического этапа лечения возникают в 20–66 %. Причиной рецидива заболевания является наличие микрометастазов в лимфоузлах центральной клетчатки шеи. Более высокой склонностью к регионарному метастазированию обладают опухоли у молодых людей. Частота регионарных метастазов зависит от размера опухоли, возраста пациента и степени инвазии капсулы железы. В настоящее время не существует надежного метода, способного выявить регионарные метастазы на доклиническом этапе их развития. Тем не менее большинство онкологов считают проведение профилактического фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи нецелесообразным. Альтернативой такому мнению у больных с высокодифференцированными формами РЩЖ является диссекция центральной клетчатки шеи.

В нашей клинике выполнено 40 операций у больных с высокодифференцированным РЩЖ с клинически не выявленными до оперативного вмешательства регионарными метастазами. Группа больных состояла из 37 женщин (92,5 %) и 3 мужчин (7,5 %). Возраст больных 17–70 лет, средний возраст – 48,4 года. В объеме операции включали удаление части или всей щитовид-

ной железы с диссекцией центральной клетчатки шеи.

При проведении планового гистологического исследования метастазы в центральной клетчатке выявлены у 21 (52,5 %) больного, у 19 (47,5 %) – не обнаружены. В зависимости от гистологического строения опухоли выявлена следующая закономерность в частоте регионарного метастазирования: при папиллярном раке в 72,4 % подтверждены регионарные метастазы (21 случай из 29). Метастазы фолликулярного рака

кодифференцированным РЩЖ, при отсутствии клинически выявляемых регионарных метастазов, показано проведение диссекции центральной клетчатки шеи.

ПЛАСТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

С.А. Шинкарев

ГУЗ "Областной онкологический диспансер", г. Липецк

Реконструктивная хирургия – обязательная составляющая хирургического лечения опухолей головы и шеи, важный элемент послеоперационной реабилитации.

Материал и методы. С января 2003 по сентябрь 2005 г. выполнено 77 операций у 75 больных по поводу злокачественных опухолей головы и шеи с использованием различных лоскутов. Одномоментная пластика – у 38 пациентов, отсроченная – у 14, из них мужчин – 62, женщин – 13. Возраст больных колебался от 29 до 80 лет. Наибольшая возрастная группа (32 пациента) в интервале 50–59 лет. По нозологиям: рак нижней губы – 17, гортани – 16, слизистой дна полости рта – 5, гортаноглотки – 3, ротоглотки – 1, злокачественные опухоли кожи – 18, злокачественная аденома нижней челюсти – 1 больной. Дистанционные

выявлены в одном случае из 11, что составило 9 %.

Таким образом, на настоящем этапе проведенного исследования установлено следующее: при высокодифференцированном раке щитовидной железы, более чем в половине случаев, встречаются метастазы в лимфоузлах центральной клетчатки шеи; при папиллярном раке частота регионарного метастазирования составляет 72,4 %; у больных с высо-

лоскуты – 26 больных: грудной – 11, дельто-пекторальный – 8, трапециевидный – 7. Площадь дефекта – 12–225 см². Локальные лоскуты – 50 больных: скользящий – 11, перемещенный – 33, ротационный – 6. Площадь дефекта – 2–60 см².

Результаты. При дистанционных лоскутах: 1 полный некроз кожи (площадь дефекта 30 см²), частичный некроз кожи – 4 случая, 2 из них при площади 56 см². При локальных лоскутах: некроз кожи – 3 (площадь 60, 15 и 12 см²), после лучевой терапии.

Выводы. Планирование реконструкции должно осуществляться одновременно с выработкой плана лечения. Восстановительное лечение необходимо начать как можно раньше, по возможности одновременно с основным хирургическим этапом. При больших размерах дефекта и предшествующей лучевой терапии целесообразно использовать артериализированные лоскуты. Кожно-мышечный лоскут на боль-

СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЩЖ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Р.В. Шишков, В.Г. Поляков

НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Кафедра детской онкологии РМАПО, г. Москва

шой грудной мышце и дельто-пекторальный лоскут являются надежным пластическим материалом для закрытия дефектов кожи и мягких тканей лица и шеи.

С 1971 по 2004 г. в исследование вошли 264 детей,

которым были проведены операции на ЩЖ и лимфатическом коллекторе шеи. Из 264 больных большинство – 218 (82,6 %) – составили дети с папиллярным раком щитовидной железы (ПРЩЖ), 31 (11,7 %) боль-