

6. Диагностика и эндоскопическое удаление инородных тел, обтурирующих просвет пищевода / Синев Ю.В. [и др.] // Клинич. медицина. – 1992. №11-12. С.40-42.

7. Белоконов В.И. Диагностика и лечение повреждений пищевода/ Белоконов В.И., Замятин В.В., Измайлов Е.П. – С., ГП «Перспектива» 1999. – 160 с..

8. Тышко Ф.А. Инородные тела в пищеводе по материалам ЛОР-клиники за 20 лет / Ф.А. Тышко, Л.П. Юрьев, А.И. Ковальчук // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1990. №3. – С.26-29.

9. Королев М.П. Современная фиброэндоскопия в диагностике и лечебной тактике при инородных телах верхних отделов пищеварительного тракта / М.П. Королев, М.В. Антипова, Л.Е. Федотов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1999. №5. – С.12-15.

10. Бикбаев А.И., Соколов В.М., Лисянский Е. З. // Сборник науч. Работ. Башкирской респуб. Больницы. – 1975.- Вып. 9.- С. 189-193.

11. Eerola S., Silvola H. *Ann Chir Gynec Fenn* 1974; 63:4: 313-317.

TREATMENT OF PATIENTS WITH FOREIGN BODIES IN THORAX

V.V. SMOLYANOV, V.V. BULYNIN

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko.

Chair of hospital surgery.

Voronezh Regional Clinical Hospital #1

Voronezh Regional Penitentiary Service Tuberculosis Hospital

Ingress of foreign bodies in a thorax is more often connected with the penetrable wounds, introthoracic operations and instrumental inspections. Another way of foreign bodies' penetration in a thorax is that one through a gullet. The article analyses 200 patients with the foreign bodies in thorax and 151 patients with the foreign bodies in gullet is presented. The method of gullet perforation diagnostics for patients with foreign bodies in gullet by means of mixture of contrasted water by a soluble matter with antiseptics applying in R- diagnostics is suggested. The treatment algorithm of treating patients with foreign bodies in thorax and gullet is developed and substantiated.

Key words: foreign bodies, patients, thorax, gullet.

УДК: 616.441-006- 037

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Ю. ЦУРКАН*, В.Э. ВАНУШКО**

В работе проведен анализ прогностической ценности ряда факторов. Установлено, что статистически значимо на отдаленные результаты хирургического лечения дифференцированного РЩЖ влияют возраст, размер первичной опухоли, характер роста опухоли. Риск рецидива возрастает у больных до 45 лет и старше 55 лет, при опухолях размером более 4 см в диаметре с инвазивным и экспансивным характером роста. Показатель летальности выше у больных в возрастной группе старше 55 лет, при размере первичной опухоли более 4 см в диаметре, при экспансивном характере роста опухоли.

Ключевые слова: хирургическое лечение, рак щитовидной железы.

Согласно современным представлениям *рак щитовидной железы* (РЩЖ) – заболевание гетерогенное по гистогенезу, строению опухоли и этиологическим факторам [1]. Заболеваемость варьирует от 0,5 до 10 новых случаев на 100000 населения в год [2,3]. В настоящее время исследован целый ряд факторов, которые могут оказывать влияние на прогноз заболевания, однако данные достаточно противоречивы [4,5,6,7].

Цель исследования – изучить значение различных факторов в прогнозировании отдаленных результатов хирургического лечения больных дифференцированным РЩЖ.

Материалы и методы исследования. Отдаленные результаты лечения больных дифференцированным РЩЖ изучены у 301 пациента, оперированных в хирургическом отделении Воронежской областной клинической больницы №1 за период с 1998 по 2007 годы. Из них 282 (93,7%) женщины и 19 (6,3%) мужчин.

Возраст от 18 до 82 лет, средний возраст 49,24±13,95 лет. Эутиреоидное состояние диагностировано у 296 больных (98,3%), тиреотоксикоз – у 5 больных (1,7%). В послеоперационном периоде больные были обследованы в течение первого года 1 раз в 3 месяца, затем 1 раз в 6 месяцев. Срок наблюдения за больными колебался от 1 до 12 лет. Средний срок наблюдения за больными составил 6,67±2,99 лет. Тиреоидэктомия (экстрафасциальная методика) произведена 52 больным (17,3%), предельно-субтотальная резекция (субфасциальная методика) – 20 пациентам (6,6%), гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли выполнена в 96 случаях (31,9%), гемитиреоидэктомия – в 113 случаях (37,5%), субтотальная резекция щитовидной железы – 20 больным (6,7%). Метастазы в регионарные лимфатические узлы VI уровня шеи были выявлены у 11 больных (3,6%). Дополнительные методы лечения при дифференцированном РЩЖ не производились. Рецидив дифференцированного РЩЖ установлен у 23 пациентов (7,6%). От местного распространения опухолевого процесса и отдаленных метастазов умерло 8 больных (2,7%), от других причин не связанных с дифференцированным РЩЖ умерло 3 больных (1%).

Статистический анализ данных выполнялся с использованием пакета программ Statistica 9.1 на базе научно-исследовательской лаборатории биостатистики Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Описательная статистика количественных признаков представлена средними и средне-квадратическими отклонениями (в формате $M \pm s$; в случае нормальных распределений) либо медианами и квартилями (в формате $Me [Q_1; Q_3]$). Описательная статистика качественных признаков представлена абсолютными и относительными частотами. Сравнение несвязанных групп по качественным признакам проводилось с использованием критерия Хи-квадрат и *точного критерия Фишера* (ТКФ). Вычислялись 95% *доверительные интервалы* (ДИ) для *абсолютного риска* (АР) и *отношения шансов* (ОШ). Анализ времени до события (летального исхода либо рецидива) проводился с применением метода Kaplan-Meier, сравнение групп – с помощью теста Gehan's Wilcoxon. Полными считались наблюдения с изучаемым исходом (летальные случаи либо случаи рецидива), цензурированными – наблюдения без изучаемого исхода (живые и умершие от других причин либо больные без рецидива соответственно). При проверке гипотез статистически значимыми результаты считались при достигнутом уровне значимости $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Для определения значения различных факторов в прогнозировании отдаленных результатов хирургического лечения было изучено их влияние на вероятность развития рецидива заболевания и количество летальных исходов после операции, обусловленных дифференцированным РЩЖ, выживаемость и свободный от рецидива период жизни больных.

На основании данных современных исследователей [4,5,6,7] выделен ряд факторов, прогностическую ценность которых предстояло определить у больных дифференцированным РЩЖ: пол, возраст, гистологическое строение опухоли, размер опухоли, характер роста опухоли, наличие метастазов во время первичной операции.

Влияние пола на прогноз хирургического лечения дифференцированного РЩЖ

Распределение больных дифференцированным РЩЖ с рецидивами после оперативного лечения в зависимости от пола представлено в таблице 1. Из данных таблицы видно, что рецидив дифференцированного РЩЖ у мужчин обнаружен в 3 (15,8%) случаях, у женщин – в 20 (7,1%). ОШ «мужчины/женщины» для рецидива РЩЖ составило 2,5 (95% ДИ 0,5 – 10,11; $p = 0,168$, ТКФ).

Таблица 1

Распределение больных с рецидивами дифференцированного РЩЖ в зависимости от пола

Пол	n	Рецидив			
		выявлен		отсутствует	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
Мужской	19	3	15,8	16	84,2
Женский	282	20	7,1	262	92,9
Итого	301	23	7,6	278	92,4

Мужчин от РЩЖ (табл. 2) умерло 1 (5,3%), а женщин – 7 (2,5%). ОШ «мужчины/женщины» для летальности РЩЖ составило 2,2 (95% ДИ 0,1–19,6; $p = 0,409$, ТКФ).

* ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко Росздрава», 394036, Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, тел. 8-952-549-10-42

** ФГУ «Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития», 117036, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д.11, тел. 8-926-593-58-92

Таблица 2

Зависимость показателя летальности у больных дифференцированным РЦЖ от пола

Пол	n	Умерло		Живы или умерли от других причин	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
Мужской	19	1	5,3	18	89,5
Женский	282	7	2,5	275	97,9
Итого	301	8	2,7	293	97,3

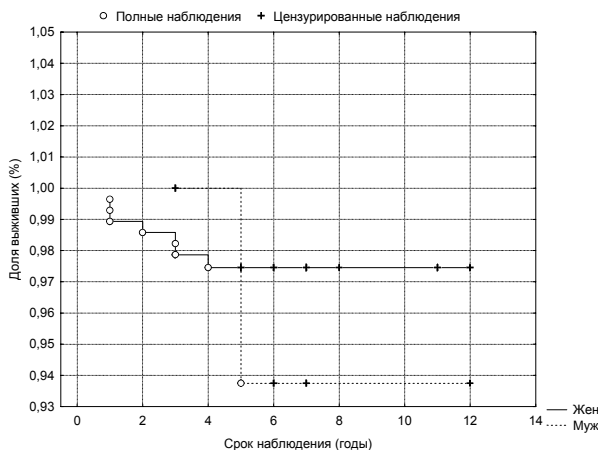


Рис. 1. Зависимость выживаемости больных дифференцированным РЦЖ от пола

При сравнении кривых выживаемости (рис. 1) и кривых свободного от рецидива периода жизни (рис. 2) мужчин и женщин статистически значимых различий не обнаружено $p=0,596$ и $p=0,111$ (Gehan's Wilcoxon Test) соответственно.

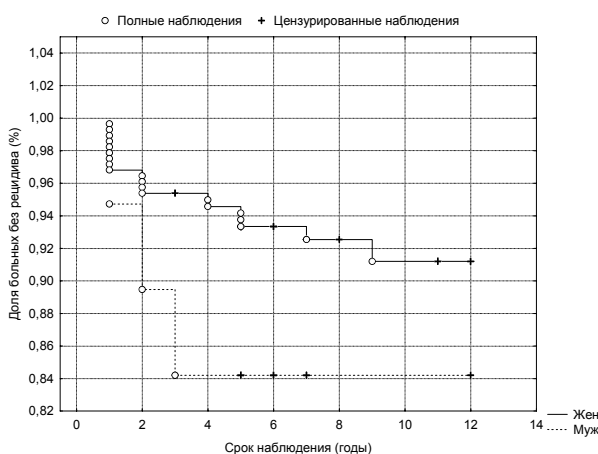


Рис. 2. Зависимость свободного от рецидива периода жизни больных дифференцированным РЦЖ от пола

Таким образом, статистически значимое влияние пола больного на выживаемость и время до рецидива не выявлено.

Влияние возраста на прогноз хирургического лечения дифференцированного РЦЖ.

Таблица 3

Распределение больных с рецидивами дифференцированного РЦЖ в зависимости от возраста

Возраст	n	Рецидив			
		выявлен		отсутствует	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
до 45 лет	119	4	3,4	115	96,6
45 лет и старше	182	19	10,4	163	89,6
Итого	301	23	7,6	278	92,4

Анализ зависимости отдаленных результатов лечения от возраста больных на момент операции (табл. 3) показал, что в группе больных в возрасте старше 45 лет рецидив развился в 3

раза чаще (10,4%), чем в группе больных в возрасте до 45 лет (3,4%), ОШ=0,32 (0,09-1,04), ОР=0,35 (0,10-1,04), $p=0,043$ (ТКФ). Рецидив развивался у больных в возрасте до 45 лет и старше 55 лет, а у пациентов от 45 до 55 лет рецидивы не установлены.

Все больные моложе 45 лет живы, летальные исходы установлены только у больных в возрасте 55 лет и старше ($p=0,026$, ТКФ) (табл. 4)

Таблица 4

Зависимость показателя летальности у больных дифференцированным РЦЖ от возраста

Возраст	n	Умерло		Живы или умерли от других причин	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
до 45 лет	119	0	0	119	100
45 лет и старше	182	8	4,4	174	95,6
Итого	301	8	2,7	293	97,3

Анализ выживаемости больных обеих возрастных групп (рис. 3) показал, что в группе больных моложе 45 лет 5 летняя и 10 летняя выживаемость составила 100%, а в группе больных в возрасте 45 лет и старше – 95% и 95% соответственно. При сравнении кривых выживаемости двух исследуемых групп установлены статистически значимые различия ($p=0,020$, Gehan's Wilcoxon Test).

Изучение свободного от рецидива периода жизни больных дифференцированным РЦЖ обеих возрастных групп (рис. 4) позволило выявить, что в одинаковые сроки после операции без признаков прогрессирования заболевания в большем числе случаев живы больные в возрасте до 45 лет, чем в возрасте 45 лет и старше ($p=0,034$, Gehan's Wilcoxon Test).

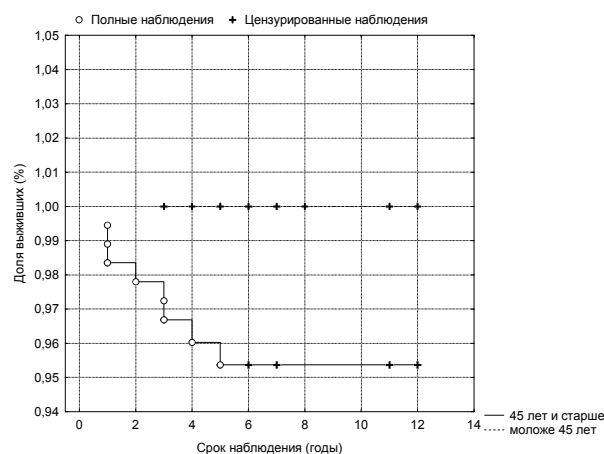


Рис. 3. Зависимость выживаемости больных дифференцированным РЦЖ от возраста

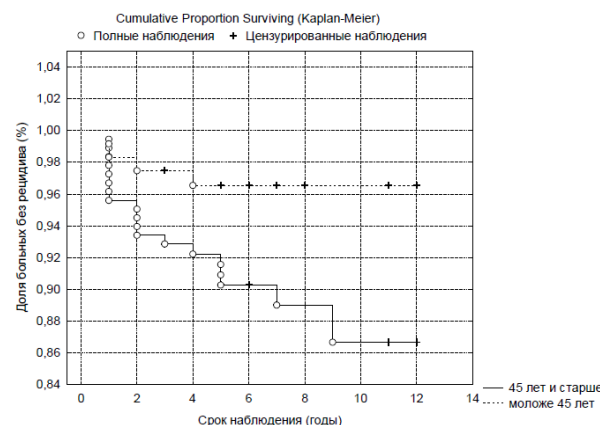


Рис. 4. Зависимость свободного от рецидива периода жизни больных дифференцированным РЦЖ от возраста

Таким образом, получены статистически значимые результаты влияния возраста на прогноз отдаленных результатов хирургического лечения больных дифференцированным раком щитовидной железы. Риск рецидива и летальность статистически значимо выше у лиц старше 45 лет, поэтому наиболее плохой прогноз будет в возрастной группе 45 лет и старше.

Влияние гистологического строения опухоли на прогноз хирургического лечения дифференцированного РЩЖ

Частота рецидивов (табл. 5) у больных папиллярным РЩЖ составила 20 наблюдений (9,9%), при фолликулярном – 2 наблюдения (2,4%) и при папиллярно-фолликулярном РЩЖ – 1 случае (6,3%). В результате исследования не было установлено зависимости возникновения либо отсутствия рецидива опухоли от гистологического строения опухоли (Хи-квадрат, $P = 0,094$).

Таблица 5

Распределение больных с рецидивами дифференцированного РЩЖ в зависимости от гистологического строения опухоли

Гистологическое строение опухоли	n	Рецидив			
		выявлен		отсутствует	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
Папиллярный рак	202	20	9,9	182	90,1
Фолликулярный рак	83	2	2,4	81	97,6
Папиллярно-фолликулярный рак	16	1	6,3	15	93,7
Итого	301	23	7,6	278	92,4

Исследование зависимости показателя летальности у больных дифференцированным РЩЖ от гистологического строения опухоли представлено в таблице 6. Летальность при папиллярном раке составила 3%, при фолликулярном раке – 2,4%, все больные, оперированные по поводу папиллярно-фолликулярного рака – живы. В результате исследования не было установлено зависимости показателя летальности от гистологического строения опухоли (Хи-квадрат, $P = 0,766$).

Таблица 6

Зависимость показателя летальности у больных дифференцированным РЩЖ от гистологического строения опухоли

Гистологическое строение опухоли	n	Умерло		Живы или умерли от других причин	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
Папиллярный рак	202	6	3	196	97
Фолликулярный рак	83	2	2,4	81	97,6
Папиллярно-фолликулярный рак	16	0	0	16	100
Итого	301	8	2,7	293	97,3

При сравнении кривых выживаемости (рис. 5) у больных папиллярным и фолликулярным раком не установлены статистически значимые различия ($p = 0,844$, Gehan's Wilcoxon Test) 5 и 10 летней выживаемости у больных.

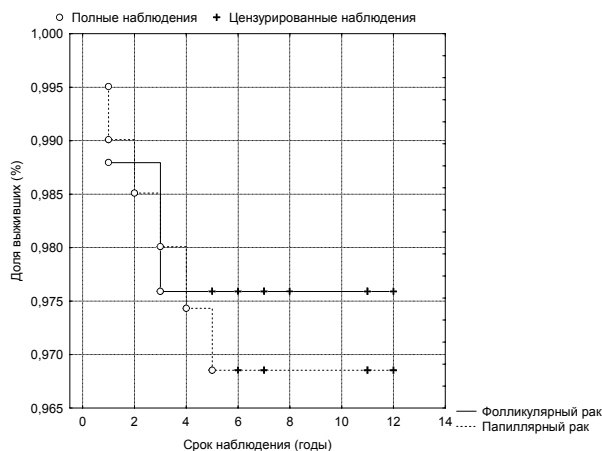


Рис. 5. Зависимость выживаемости больных дифференцированным РЩЖ от гистологического строения опухоли

При сравнении кривых свободного от рецидива периода жизни у больных папиллярным и фолликулярным РЩЖ (рисунк 6) не установлены статистически значимые различия ($p = 0,051$, Gehan's Wilcoxon Test).

Таким образом, гистологическое строение опухоли статистически значимо не влияет на отдаленные результаты хирургического лечения больных дифференцированным РЩЖ.

Влияние размера опухоли на прогноз хирургического лечения дифференцированного РЩЖ

Таблица 7

Распределение больных с рецидивами дифференцированного РЩЖ в зависимости от размера первичного очага опухоли

Размер первичного очага опухоли	Распространенность опухоли	n	Рецидив			
			выявлен		отсутствует	
			абс.	отн., %	абс.	отн., %
меньше, равно 0,5 см	T1	66	0	0	66	100
больше 0,5 см и меньше, равно 2 см	T1	188	10	5,3	178	94,7
больше 2 см и меньше, равно 4 см	T2	37	10	27	27	73
больше 4 см	T3	10	3	30	7	70
Итого		301	23	7,6	278	92,4

Исследование влияния размера опухоли на отдаленные результаты хирургического лечения больных дифференцированным РЩЖ показало, что при размере первичного очага менее 0,5 см рецидивов РЩЖ не выявлено (табл. 7). Эти данные соответствуют литературным данным. При размере опухоли от 0,5 до 2 см рецидив РЩЖ установлен в 10 случаях (5,3%), при первичном очаге рака от 2 до 4 см – у 10 больных (27%), в 3 случаях (30%) рецидив диагностирован у больных с опухолевым процессом, превышающим 4 см в диаметре. Статистически значимые отличия по размеру опухоли получены при сравнении групп больных с рецидивом и без рецидива заболевания ($p < 0,001$, Хи-квадрат).

Анализ летальности (табл. 8) показал, что у больных при размере опухоли меньше, равном 0,5 см в диаметре летальных случаев не отмечено, при опухолевом процессе более 0,5 см и меньше, равном 2 см в диаметре летальность была минимальной – 0,5%, среди больных с опухолями более 2 см и меньше, равным 4 см летальность составила 13,5%, а самым высоким показателем летальности оказался у больных со злокачественным новообразованием более 4 см в диаметре – 20%. Различия в группах пациентов с различными размерами первичного очага статистически значимы ($p < 0,001$, Хи-квадрат).

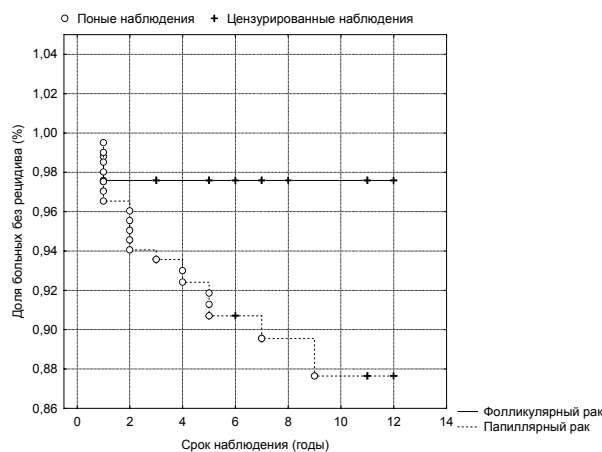


Рис. 6. Зависимость свободного от рецидива периода жизни больных дифференцированным РЩЖ от гистологического строения опухоли

При сравнении кривых выживаемости (рис. 7) и кривых свободного от рецидива периода жизни больных (рис. 8) в зависимости от значения размера первичного очага опухоли подтверждены обнаруженные различия с такими же показателями вероятности группы 1 и 2 объединены, так как 0 случаев в группе 1. 5-ти летняя выживаемость составляет 99% в группе больных с опухолью размером до 2 см в диаметре, 88% и 75% в группах больных с опухолью от 2 до 4 см в диаметре и более 4 см в диа-

метре соответственно.

Таблица 8

Зависимость показателя летальности у больных дифференцированным РЩЖ от размера первичного очага опухоли

Размер первичного очага опухоли	Распространенность опухоли (Т)	n	Умерло		Живы	
			абс.	отн., %	абс.	отн., %
меньше, равно 0,5 см	T1	66	0	0	66	100
больше 0,5 см и меньше, равно 2 см	T1	188	1	0,5	187	99,5
больше 2 см и меньше, равно 4 см	T2	37	5	13,5	32	86,5
больше 4 см	T3	10	2	20	8	80
Итого		301	8	2,7	293	97,3

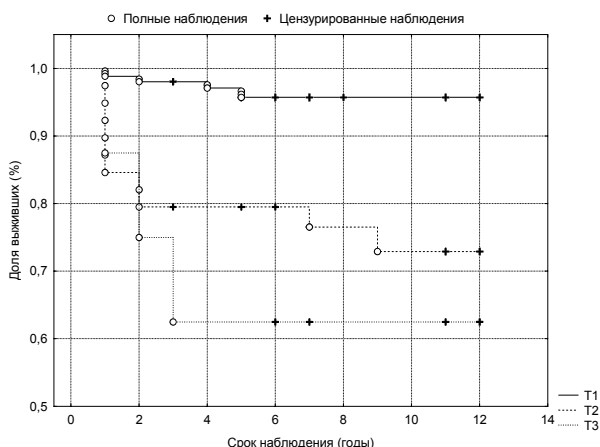


Рис. 7. Зависимость выживаемости больных дифференцированным РЩЖ от размера первичного очага опухоли

Таким образом, в ходе исследования установлено, что наибольшая частота рецидивов РЩЖ была при опухолях размером более 4 см в диаметре, что соответствует данным современных исследователей.

Влияние характера роста опухоли на прогноз хирургического лечения дифференцированного РЩЖ

В настоящее время одним из неблагоприятных факторов, по мнению ряда авторов, является наличие инвазивного и экспансивного характера роста опухоли. При этом повышается вероятность рецидива, генерализации процесса с последующим летальным исходом.

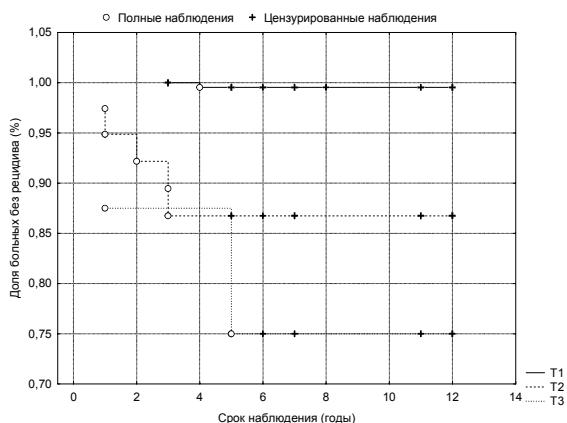


Рис. 8. Зависимость свободного от рецидива периода жизни больных дифференцированным РЩЖ от размера первичного очага опухоли

Из данных табл. 9, 10 следует, что из 301 больного дифференцированным РЩЖ инвазивный рост опухоли диагностирован у большинства пациентов – в 242 случаях (80,4%). Из них рецидивы выявлены у 23 пациентов (7,6%), а летальные исходы – у 8 (2,7%). Различия между группами с рецидивом и без рецидива

статистически значимы ($p=0,011$, ТКФ), с летальным исходом и без летального исхода – статистически незначимы ($P=0,363$, ТКФ). ОШ безрецидивного течения для больных с инвазивным ростом опухоли – 12,7 (95% ДИ 1,03 – 6732,74).

Таблица 9

Распределение больных с рецидивами дифференцированного РЩЖ от инвазивного роста опухоли

Инвазивный рост	n	Рецидив			
		выявлен		отсутствует	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
нет	59	0	0	59	100
есть	242	23	7,6	219	90,5
Итого	301	23	7,6	278	92,4

Таблица 10

Зависимость показателя летальности у больных дифференцированным РЩЖ от инвазивного роста опухоли

Инвазивный рост	n	Умерло		Живы или умерли от других причин	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
нет	59	0	0	59	100
есть	242	8	3,3	234	96,7
Итого	301	8	2,7	293	97,3

Таблица 11

Распределение больных с рецидивами дифференцированного РЩЖ в зависимости от экспансивного роста опухоли

Экспансивный рост	n	Рецидив			
		выявлен		отсутствует	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
нет	280	18	6,4	262	93,6
есть	21	5	23,8	16	76,2
Итого	301	23	7,6	278	92,4

У больных с экспансивным ростом (таблица 11) рецидивы обнаружены в 5 случаях (23,8%), а без экспансивного роста – в 18 (6,4%). ОШ «с экспансией»/ «без экспансии» составило 4,5 (95% ДИ 1,3 – 15,3; $p=0,015$, ТКФ).

Показатель летальности (табл. 12) у больных с экспансивным характером роста опухоли (19%) в 13,6 раз превышает данный показатель у больных без экспансивного роста (1,4%). Различия между группами статистически значимы ($p=0,001$, ТКФ). ОШ=16,2 (3,1-87,1).

Таблица 12

Зависимость показателя летальности у больных дифференцированным РЩЖ от экспансивного роста опухоли

Экспансивный рост	n	Умерло		Живы или умерли от других причин	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
нет	280	4	1,4	276	98,6
есть	21	4	19	17	81
Итого	301	8	2,7	293	97,3

Таким образом, при инвазивном и экспансивном характере роста опухоли статистически значимо возрастает риск развития рецидива и летального исхода у больных дифференцированным раком щитовидной железы.

У больных с мультифокальной опухолью рецидивы (таблица 13) установлены в 3 случаях (5,8%), а при солитарных опухолях – в 20 (8%). ОШ «мультифокальная опухоль/солитарная опухоль» составило 0,70 (95% ДИ 0,16-2,63; $p=0,777$). Различия между группами статистически не значимы.

Таблица 13

Распределение больных с рецидивами дифференцированного РЩЖ в зависимости от мультифокального роста опухоли

Мультифокальный рост	n	Рецидив			
		выявлен		отсутствует	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
нет (опухоль солитарная)	249	20	8	229	92
есть	52	3	5,8	49	94,2
Итого	301	23	7,6	278	92,4

При мультифокальном росте опухоли летальность (таблица 14) составила 5,7%, а при солитарных опухолях – 2%. Различия между группами оказались статистически не значимы ($p=0,144$, ТКФ).

Таблица 14

Зависимость показателя летальности у больных дифференцированным РЩЖ от мультифокального роста опухоли

Мультифокальный рост	п	Умерло		Живы или умерли от других причин	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
нет (опухоль солитарная)	249	5	2	244	98
есть	52	3	5,7	49	94,2
Итого	301	8	2,7	293	97,3

Таким образом, в данной работе статистически значимого влияния мультифокального роста опухоли на рецидив и летальность у больных дифференцированным РЩЖ не установлено, что может быть обусловлено ограниченным числом наблюдений.

Влияние наличия метастазов во время первичной операции на прогноз хирургического лечения дифференцированного РЩЖ.

Первично оперативное вмешательство на лимфатических узлах шеи выполнено 21 больному. При исследовании морфологической структуры региональных лимфатических узлов метастазы установлены у 11 больных (52,4%) – N 1a. Из 21 больного поражение лимфатических узлов злокачественным процессом до операции диагностировано у 7 пациентов, а в 14 случаях удаление лимфатических узлов VI уровня шеи проводилось превентивно. Среди 14 превентивных удалений у 4 больных (28,6%) обнаружили метастазы.

Из 11 больных (табл. 15) перенесших шейную лимфаденэктомию по поводу метастазов рака щитовидной железы 4 больных (36,4%) живы без рецидива в сроки от 5 до 12 лет. Инвазивный рост опухоли был установлен у всех 11 больных с метастазами в лимфатические узлы, а экспансивный рост – у 3 больных. Размер опухоли у 3 больных превышал 4 см в диаметре, у 5 больных опухоль была размером от 3 до 4 см в диаметре и только в 3 случаях размер опухоли составил 0,8 см, 1,0 см и 1,5 см в диаметре. Возраст 8 пациентов колебался от 50 до 77 лет, а у 3 больных от 26 до 33 лет. В 3 случаях установлено билатеральное поражение ПЩЖ. Из 11 больных у 9 пациентов диагностирован папиллярный, у 1 больной фолликулярный и в 1 случае – папиллярно-фолликулярный рак.

В течение первых 5 лет после операции из 11 пациентов рецидив развился у 7 больных (63,6%): из них по 2 рецидива выявлены у 3 больных, двое из которых оперированы после первичной операции дважды. Через 1 год после операции рецидив установлен у 5 больных: у 2 больных в регионарные лимфатические узлы шеи, у 1 больного локальный рецидив и метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи, у 1 больного отдаленные метастазы в легкое, у 1 больного локальный рецидив. Через 2 года после операции рецидив диагностирован у 2 больных: в одном случае локальный рецидив, в другом – метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи. Через 3 года после операции рецидив обнаружили у 3 больных: у 2 больных отдаленные метастазы в кости и у 1 больной метастазы в лимфатические узлы шеи. Через 5 лет после операции у 1 больной выявили локальный рецидив.

Таблица 15

Распределение больных дифференцированным РЩЖ, перенесших лимфаденэктомию в зависимости от отдаленных результатов хирургического лечения

Срок наблю-дения	Живы без рецидива n=4	Рецидив первый или единственный n=7	Рецидив второй n=3	Умерли	
				от рака n=3	от других заболеваний n=2
1 год		5			1
2 года		1	1	1	
3 года		1	2	1	
4 года					
5 лет	1			1	
6 лет					
7 лет	2				1
8 лет					
9 лет					
10 лет					
11 лет					
12 лет	1				

Из 11 больных, которым было выполнено оперативное лечение на шейных лимфатических узлах по поводу их метастатического поражения 3 больных (27,3%) умерли от генерализации РЩЖ в сроки 2, 3 и 5 лет после операции, так как у них развились отдаленные метастазы: у 2 больных – в кости и у 1 больной – в легкие. От других заболеваний умерло 2 больных через 1 год и 7 лет после операции.

Для наличия метастазов ОШ «ЦПАЭ да»/«ЦПАЭ нет» составило 34 (95% ДИ 2 – 196560, p<0,001, ТКФ). Абсолютный риск наличия метастазов у больных, которым выполнена превентивная ЦПАЭ, равен 29% (8%-58%).

Таким образом, установлено, что частота метастатического поражения регионарных лимфатических узлов VI уровня шеи составила 28,6%, хотя до операции по результатам обследования изменения в лимфатических узлах не были выявлены.

Вывод. На основании проведенного анализа прогностической ценности ряда факторов было установлено, что статистически значимо на отдаленные результаты хирургического лечения дифференцированного РЩЖ влияют возраст, размер первичной опухоли, характер роста опухоли. Риск рецидива возрастает у больных до 45 лет и старше 55 лет, при опухолях размером более 4 см в диаметре с инвазивным и экспансивным характером роста. Показатель летальности выше у больных в возрастной группе старше 55 лет, при размере первичной опухоли более 4 см в диаметре, при экспансивном характере роста опухоли.

Литература

1. Генетические аспекты рака щитовидной железы/П.Ф. Гарькавец [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2002. – Т. 48, №4. – С. 16-20.
2. Ларин А.С., Черенко С.М.//Вестник хирургии.–2008.–Т.167, №3. – С. 54-58.
3. Cooper D.S.//Thyroid.–2006.–Vol. 16, N2. – P. 537-543.
4. Gulcelik N.E., Gulcelik M.A., Kuru B.//Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.–2008.–Vol. 134, N12.– P. 1312-1315.
5. Histology does not influence prognosis in differentiated thyroid carcinoma when accounting for age, tumour diameter, invasive growth and metastases/F. Verburg [et al.]/Eur. J. Endocrinol.–2009.–Vol. 21, N 6.– P. 39-43.
6. Méndez W., Rodgers S.E., Lew J.I.//Ann. Surg. Oncol.–2008.–Vol. 15, N 9.– P. 2487-2492.
7. Shaha A.//Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2008. – Vol. 1138. – P. 58-64.

PROGNOSTIC FACTORS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFERENTIATED CANCER OF THE THYROID GLAND

A.Y.TSURKAN, V.E.VANUSHKO

Voronezh State Medical Academy, Moscow Endocrinological Research Centre

The article presents the analysis of prognostic values of some surgical treatment factors. It is established that statistically significant effect upon remote results of surgical treatment of differential cancer of thyroid gland is produced by age, initial tumor volume, character of tumour growth. The risk of recurrence grows at patients of 45 and older than 55 years of age; at tumours more than 4 cm in diameter with invasive and expansive character of grow. The index of lethality is higher at patients in the age group older than 55 years old at the volume of initial tumour more than 4 cm in diameter at expansive character of tumour growth

Key words: surgical treatment, thyroid gland cancer.

УДК: 616.441-006- 071(470.324)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Ю.ЦУРКАН*

В работе установлено, что на прогноз при дифференцированном раке щитовидной железы статистически значимо влияют возраст, размер первичной опухоли, характер роста опухоли, объем операции. Наиболее высокий риск рецидива следует ожидать в возрастной группе 45 лет и старше, при опухолях размером более 4 см в диаметре с инвазивным и экспансивным характером роста, а так же у больных после органосохраняющих операций.

Ключевые слова: дифференцированный рак щитовидной железы, Воронежская область.

Узловой зоб среди взрослого населения в регионах йодного дефицита выявляют у 30-50% [4]. Среди узловых образований щитовидной железы рак щитовидной железы (РЩЖ) обнаруживают в 4,7-5% наблюдений [3,11]. Rosenbaum M.A., McHenry

* ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко Росздрава», 394036, Воронеж, ул.Студенческая, д.10, тел. 8-952-549-10-42