

ческом исследовании в большинстве случаев выявлялся стеноз отводящей петли, обусловленный сдавлением кишки извне увеличенным конгломератом лимфатических узлов. Реже выявлялся рецидив в культе при диффузно-инфильтративном характере роста опухоли, что подтверждалось при эндоскопическом исследовании. Определенные сложности возникали при малом размере оставшейся части желудка, высоком расположении зоны анастомоза, изменении моторики, деформации за счет особенностей оперативной техники, при рубцовых изменениях вокруг анастомоза и начальной части отводящей петли («перигастроэнтероанастомозиты»). КТ во всех случаях выявляла экзогастральный компонент опухоли, инфильтрацию стенок культи желудка и зоны анастомоза, распространенность опухолевой инфильтрации, преимущественно на полые органы. Наряду с этим КТ исследование оказалось малоинформативным в выявлении диссеминации опухолевого процесса по капсуле печени и брюшине. Перифокальные рубцовые изменения и отсутствие жировой ткани вокруг культи желудка у истощенных больных препятствовали выявлению как самих рецидивных узлов, так и прорастанию их в смежные органы. При УЗИ стенка культи желудка, из которой исходила опухоль, была неравномерно утолщена, лишена

эластичности. При рецидивах чаще всего наблюдали наличие экзогастрального компонента (45 % случаев), который был связан со стенкой культи желудка на ограниченном участке. Особенностью данного варианта рецидива является невыраженная опухолевая инфильтрация стенки желудка и сохранение в ряде наблюдений рельефа слизистой над участком поражения, что значительно затрудняло выявление этих опухолей рентгенологически и эндоскопически. Методика высокочастотной эхографии с использованием датчиков 7,5–11 МГц позволила в 35 % случаев получить дополнительную диагностическую информацию о наличии подкапсульных метастазов печени, диссеминации по капсуле печени и по брюшине, метастазов в лимфатические узлы. Однако уверенная диагностика метастатического поражения брыжейки, большого сальника и брюшины возможна при наличии множественных узлов более 5 мм в диаметре.

Выводы. Рентгенологический метод исследования в сочетании с эндоскопическим данными информативен в выявлении рецидива в культе желудка и в зоне анастомоза. УЗИ и КТ позволяли диагностировать экзогастральный компонент опухоли, инфильтрацию стенок культи желудка, поражение лимфатического коллектора и отдаленные метастазы.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ НЕРАДИКАЛЬНЫХ И НЕАДЕКВАТНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Э.В. САВЕНОК, Е.Н. ЖУКОВА

*Областной клинический онкологический диспансер, г. Воронеж
ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им Н.Н. Бурденко»*

Актуальность. Проблема повторных операций по поводу рака щитовидной железы (РЩЖ) является одной из сложных в тиреоидологии, так как связана с такими понятиями, как рецидив, остаточная опухоль, продолженный рост, мультицентричность, метастазирование, а также понятиями о нерадикальных и неадекватных операциях. Повторные операции по поводу РЩЖ в онкологических учреждениях – доволь-

но частое явление и выполняются примерно в 28 % случаях. Мы в своей практике придерживаемся принципа, что нерадикальные оперативные вмешательства при РЩЖ это те операции, когда при клиническом, УЗИ, цитологическом и скинтиграфическом исследовании определяется остаточная опухоль, поскольку в данном случае операция проводилась не по экстрафасциальной методике. К неадекватным оперативным вме-

шательствам при РЩЖ относятся те операции, которые выполняются не по экстрафасциальной методике, но при обследовании остаточная опухоль не обнаруживается.

Цель исследования. Определить показания для повторных оперативных вмешательств у больных РЩЖ, оперированных в неонкологических учреждениях.

Материал и методы. Группу из 20 больных составили пациенты РЩЖ, которым ранее были проведены операции в других лечебных учреждениях по неэкстрафасциальной методике. Показанием для повторных операций послужило наличие узлового образования в щитовидной железе. Повторные оперативные вмешательства выполнялись в различных объемах по экстрафасциальной методике.

Результаты. Четверо пациентов поступили в Воронежский областной онкологический диспансер после проведенного ранее оперативного лечения в сроки от 1 до 8 мес. У всех больных при УЗИ были описаны узлы в щитовидной железе, причем у троих – в обеих долях. В одном случае были выявлены увеличенные лимфатические узлы на шее. Одной больной выполнена экстрафасциальная гемитиреоидэктомия и в левой доле обнаружены узлы от 0,3 до 1,0 см в диаметре. При гистологическом исследовании поставлен диагноз – фолликулярный рак. Двум пациенткам произведена тиреоидэктомия в связи с обнаруженными множественными узлами в обеих долях щитовидной железы. Гистологическое исследование показало в одном случае фолликулярный рак, в другом – коллоидный зоб. В одном наблюдении была произведена операция на лимфатических путях шеи и гемитиреоидэктомия слева. Данные случаи можно расценить как нерадикальные операции, выполненные по

поводу РЩЖ, хотя у одной больной при повторной операции рак не обнаружен. У остальных 16 пациентов с раком щитовидной железы в сроки от 2 до 25 лет были выполнены повторные операции. В зависимости от клинического обследования, УЗИ и находок во время операции 10 больным была выполнена гемитиреоидэктомия. Показанием для нее послужило наличие опухолевых узлов в одной доле щитовидной железы. При гистологическом исследовании рак был обнаружен в 7 случаях (папиллярный рак – в 5 и фолликулярный – у 2), хронический тиреоидит – в 2, узловой зоб – в одном случае. Субтотальная резекция щитовидной железы с удалением паратрахеальной клетчатки произведена одной больной, 6 больным повторные операции выполнены с большими техническими трудностями в объеме тиреоидэктомии. При этом рак был обнаружен в 5 случаях, в одном – аденома щитовидной железы.

Выводы. Повторные операции у больных раком щитовидной железы, выполненные в различные сроки после первого оперативного вмешательства, расценены нами в 4 случаях как нерадикальные, в 16 наблюдениях – как рецидив после неадекватных операций. Причем рак в узлах щитовидной железы был выявлен у 15 (75 %) из 20 пациентов. Метастазы в лимфатические узлы шеи и в паратрахеальную клетчатку обнаружены у 2 (10 %) из 20 больных, аденома и зоб – по 1 случаю, а аутоиммунный тиреоидит – в 3 (15 %) наблюдениях, причем однажды он сочетался с метастазом в паратрахеальную клетчатку. Наиболее частой операцией была гемитиреоидэктомия – 12 (60 %). Производились тиреоидэктомия и субтотальная резекция щитовидной железы в 7 (35%) и 1 (5 %) наблюдениях соответственно.