

но 7 (16,3 %) детей, больных радиоиндуцированным РЩЖ. Выявление метастазов в лимфатические узлы явилось показанием к повторным операциям в объеме, как правило, фасциально-футлярной диссекции клетчатки шеи на пораженной стороне.

Отдаленные метастазы у больных спорадическими карциномами выявлены в 2,4 % случаев. В группах больных РЩЖ на фоне зобной эндемии анало-

гичный показатель – 1,1 %. У пациентов с радиоиндуцированными карциномами отдаленные метастазы выявлялись чаще – в 10,2 % наблюдений в Киеве и Минске, и в 11,6 % случаев в Москве. Наличие отдаленных метастазов определяло необходимость лечения радиойодом.

Закключение. Таким образом, радиоиндуцированный РЩЖ у детей и подростков протекает более агрессивно, что диктует необходимость применения тиреоидэктомии в качестве операции выбора у этой

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ТЕХНИКИ ТИРЕОИДЭКТОМИИ И ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РЩЖ)

А.Ф. Романчишен, И.В. Карпатский, Ф.А. Романчишен

Центр хирургии органов эндокринной системы, г. Санкт-Петербург

группы больных с целью предупреждения локальных рецидивов опухоли, динамического иммунологического наблюдения в послеоперационном периоде и при необходимости терапии радиойодом. Дети и подростки с карциномами ЩЖ должны быть оперированы в специализированных учреждениях.

В работе представлен анализ особенностей топографической анатомии гортано-щитовидных связок, гортанных, добавочных нервов (ДН), бугорка Цукеркандля, изученных в ходе 47 аутопсий при освоении техники препаровки этих структур, а также хирургическая анатомия 430 нижних гортанных нервов (НГН) и 38 ДН во время операций по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Предложена аргументированная последовательность основных момен-

тов тиреоидэктомии и шейной лимфаденэктомии при раке щитовидной железы и других заболеваниях, на основании анализа опыта 5673 операций, выполненных одним хирургом. Отмечена благоприятная динамика послеоперационной летальности и основных осложнений после 19832 операций, выполненных в течение 30 лет работы Центра хирургии органов эндокринной системы г. Санкт-Петербурга (таблица).

Скрупuleзная техника хирургических вмешательств под визуальным и электрофизиологическим контролем основных нервных стволов шеи и околощитовидных желез позволила радикально и безопасно оперировать больных РЩЖ.

С 1985 по 2004 г. подвергнуты хирургическому лечению 156 пациентов с диагнозом рак щитовидной железы I ст. Возраст больных – 5–59 лет. Цитологический метод позволил только у 15 (9,6 %) с направленной доброкачественной опухолью

обнаружить рак щитовидной железы. У 141 (90,3 %) диагноз злокачественного новообразования щитовидной железы был выставлен после срочного гистологического исследования, у 23 (14%) диагностирована микрокарцинома. Женщины составили 94,2 % всех оперированных больных. Чаще всего на нашем материале встречался папиллярный рак, который составил 59,6 % (93 больных). Фолликулярный рак занимал второе место

Динамика частоты осложнений в период с 1973 по 2004 г.

Период	Общее число операций	Парез возвратных нервов, %		Временный гипопаратиреоз, %	Всего специфических осложнений, %	Кровотечения, %	Послеоперационная летальность, %
		одного	двух				
1973–1981	3259	3,1	1,20	1,00	5,30	0,61	0,50
1982–1991	4625	1,80	0,60	0,80	3,20	0,32	0,60
1992–2000	7905	0,48	0,17	0,40	1,05	0,48	0,14
2001–2004	3381	0,30	0,08	0,92	1,30	0,98	0,08

– 38 (24 %) человек. Папиллярно-фолликулярный рак был выявлен у 21 (13 %) больного. Следует заметить, что в 4 случаях раннего рака щитовидной железы был

обнаружен рак из С-клеток.

Субтотальные резекции щитовидной железы и тиреоидэктомии произведены соответственно у 23,7 и 7 % больных. Расширенный объем обусловлен

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА РОТОГЛОТКИ

А.Н. Рудык, Р.Г. Хамидуллин, В.А. Чернышев, А.Р. Уткузов

Клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань

мультицентричным ростом опухоли и развитием рака среди множественных узлов. У 108 (69 %) больных выполнены различные варианты гемитиреоидэктомии, наиболее адекватные в данном случае операции. Отдаленные результаты прослежены у 137 из 156 больных. Пациенты живы без клинически определяемого loco-регионарного рецидива и метастазов.

По данным литературы, заболеваемость злокачественными опухолями головы и шеи в России возрастает, и в структуре смертности населения в 2002 г. злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки стали причиной смерти у 4,6 % мужского населения. Особую актуальность имеет проблема лечения больных с распространенными формами рака ротоглотки, поскольку до настоящего времени в литературе нет единого мнения о преимуществах того или иного метода лечения данной патологии. Отдаленные результаты лечения больных раком ротоглотки неудовлетворительны и зависят от комплекса факторов (дифференцировка опухоли, распространенность процесса, локализация, методы лечения и др.). Трехлетняя выживаемость при химиолучевой терапии составляет 38–45 %, при лучевой терапии – 22–50 %.

Цель исследования. Сравнить показатели кумулятивной выживаемости и среднюю продолжительность жизни после лучевого и химиолучевого лечения больных раком ротоглотки с учетом стадии заболевания.

Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ лечения 94 больных распространенным раком ротоглотки (III ст. – $T_3N_{0-1}M_0$, IV ст. – $T_4N_{0-3}M_0$), находившихся на лечении в Клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ с 1995 по 2004 г. Возраст больных 38–78 лет (средний возраст 59,5 года). Мужчин – 87, женщин – 7. В зависимости от проведенного лечения выделены 2 группы больных. В 1-ю группу вошли 46

пациентов, получивших только дистанционную лучевую терапию (ДЛТ), во 2-ю группу включены 48 больных, которым проведена химиолучевая терапия (ХЛТ).

Больным первой группы проводилась ДЛТ по стандартной методике традиционным фракционированием по 2 Гр/сут в два этапа. На первом этапе – на первичную опухоль и регионарные лимфатические узлы подводилось СОД 30–36 Гр, затем, спустя 2–4 нед, СПД доводилась до 60–66 Гр. Во второй группе лечение начинали с 1–2 курсов неoadъювантной ПХТ по стандартным схемам PF, PBF, PLvF. Затем два курса синхронной ХЛТ: 5FU 750 мг инфузия в течение 6 ч с 1-го по 5-й дни; Pt 30 мг, с 6-го по 8-й дни, одновременно с началом ДЛТ, по стандартной методике.

Показатели выживаемости и средней продолжительности жизни рассчитаны путем построения таблиц дожития моментным методом (Kaplan E.L., Meier P., 1958). Годичная выживаемость пациентов с III ст., получивших только ДЛТ (1-я группа), составила $75,8 \pm 9,8$ %, для пациентов 2-й группы (ХЛТ) – $80,8 \pm 8,08$ %. Показатели выживаемости по истечению 2-го года составили соответственно $35,9 \pm 12,6$ и $52,4 \pm 12,1$ %. К концу 3-го года наблюдения в 1-й группе были живы $21,5 \pm 10,7$ % больных, а во 2-й – $38,3 \pm 8,4$ %. 5-летняя выживаемость в первой группе составила $14,1 \pm 9,3$ % (1 больной), во второй группе – $30,6 \pm 9,5$ % (3 пациента). Разница показателей за все временные периоды статистически не достоверна ($p > 0,05$).

Годичная выживаемость для пациентов с IV ст. заболевания в первой группе составила $75,3 \pm 9,8$ %, для пациентов 2-й группы – $71,4 \pm 8,08$ %. Показатели выживаемости по истечению 2-го года составили $37,2 \pm 11,4$ и $39,5 \pm 11,5$ % соответственно. К концу 3-го года наблюдения были живы в 1-й группе $22,3 \pm 10,6$ % пациентов, а во 2-й группе – $24,3 \pm 11,0$ %. 5-летний рубеж