

пережили лишь 2 пациента 1-й группы ($7,35 \pm 6,9\%$). Разница показателей за все временные периоды статистически не достоверна ($p > 0,05$).

Выводы. Средняя продолжительность жизни больных с III ст. рака ротоглотки после ХЛТ составила $39,4 \pm 7,1$ мес, а после ДЛТ – $26,1 \pm 5,1$ мес. При IV ст. заболевания средняя продолжительность жизни составила не более 30 мес и не зависела от метода лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

И.К. Румянцева, В.В. Старинский, В.И. Назаров, А.Б. Давыдов

Тверской областной клинический онкологический
диспансер

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва

Рак щитовидной железы становится все более актуальным объектом исследований. Это определяется увеличением показателей заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ). К сожалению, показатели одногодичной летальности таких больных не только стабильны, но имеют стойкую тенденцию к увеличению. Актуальность исследования эпидемиологии РЩЖ в Тверской области определена отсутствием данных её детального и сравнительного анализа.

Материалами исследования явились медицинские документы (Ф. № 27/У, № 090/У, 027–2/У) 1179 лиц,

поставленных на учет в Тверской области по поводу РЩЖ за период с 1994 по 2004 г. Показатели заболеваемости, смертности, одногодичной летальности рассчитаны по стандартным методам.

В результате исследований установлено, что заболеваемость РЩЖ за исследуемый период увеличилась от 2,6 до 11,3 на 100 тыс. населения. При этом заболеваемость РЩЖ женщин опережала заболеваемость РЩЖ мужчин более чем в два раза. Смертность от РЩЖ увеличилась от 0,5 до 1,1 на 100 тыс. населения. Увеличение смертности у мужчин и женщин было пропорционально. При сравнении с заболеваемостью РЩЖ в России можно констатировать опережение региональных показателей заболеваемости почти в два раза. При этом одногодичная летальность больных РЩЖ в регионе составила 1,9 %, что в 3,6 раза ниже одногодичной летальности от РЩЖ в России. На 2004 г. выявлено больных с I–II ст. – 87 %,

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ФАСЦИАЛЬНО-ФУТЛЯРНОГО ИССЕЧЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э.В. Савенок, В.У. Савенок, Н.А. Огнерубов

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

III ст. – 12,3 %, IV ст. – 0,7 %, что для опухолей I–II ст. выше, а для III–IV ст. – ниже показателей России.

Таким образом, при неблагоприятной ситуации по заболеваемости РЩЖ в Тверской области можно отметить хорошие результаты своевременной диагностики РЩЖ. Этому способствовали популяризация скрининга РЩЖ и активная хирургическая позиция врачей.

Цель исследования. Разработать способ хирургического вмешательства на лимфатических путях шеи с возможностью выполнения органосохранных операций на щитовидной железе.

Материал и методы. Проанализированы результаты выполненных фасциально-футлярных иссечений лимфатических узлов и клетчатки шеи у 15 больных раком щитовидной железы.

Результаты исследования. Нами разработан оригинальный способ операции на лимфатических путях шеи (патент № 2241381 от 10.12.04). Операционный разрез кожи шеи делали по методу Кохера на 2–3 см выше верхнего края грудины. Со стороны выполнения лимфодиссекции разрез продолжали по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы до *pr. mastoideus*.

В нижней трети проводили дополнительный разрез (получился модифицированный разрез кожи шеи, предложенный Р.И. Вагнером). После отсепаровки кожных лоскутов выделялась грудино-ключично-сосцевидная мышца из фасциального футляра. После пересечения грудино-ключично-сосцевидной мышцы над ключицей концы разводились в стороны на держалках, что позволяло выделять и более тщательно удалять клетчатку и лимфатические узлы бокового треугольника

шеи, особенно нижних яремных лимфатических узлов при задней их локализации. При этом в едином блоке выделялась глубокая шейная клетчатка с лимфатическими узлами по направлению сверху вниз. Далее выполнялась операция на щитовидной железе по экстрафасциальной методике, начиная с пораженной доли, а объем ее зависел от распространенности опухолевого процесса. Клетчатка шеи с лимфатическими узлами и щитовидной железой удалялись единым блоком.

Выводы. Предложенная операция позволяет не

только радикально выполнить хирургическое вмешательство на путях лимфооттока, но и производить экстрафасциальное удаление щитовидной железы в объеме гемитиреоидэктомии, субтотальной резекции или тиреоидэктомии в зависимости от распространенности опухолевого процесса.

РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.У. Савенок, Э.В. Савенок, Н.А. Огнерубов, Е.С. Минакова

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Изучить возможности ультразвукового метода исследования в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы.

Материал и методы. Нами изучены возможности ультразвукового метода исследования в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы у 732 больных.

Результаты. Из 191 больного раком щитовидной железы при УЗИ диагноз рака был поставлен лишь в 12 случаях (6,3 %). У 25 больных (13 %) результаты УЗИ носили описательный характер. У 19 пациентов (9,9 %) был поставлен диагноз зоба. Узлы в щитовид-

ной железе были выявлены у 126 человек (66 %). У 257 пациентов с аденомой щитовидной железы конечный диагноз совпал с результатами УЗИ в 3,1 %. Диагноз рака был выставлен 8 (3,1 %) больным, а узловой зоб – 59 (22,9 %) пациентам. В большинстве случаев – 178 (69,3 %) – при УЗИ были описаны узлы. Из группы больных (231) с узловым зобом ультразвуковое заключение “зоб” было сделано у 85 (36,8 %) больных, рак – у 2 (0,9 %) пациентов, киста – у 16 (6,9 %), аденома – у 3 (1,3 %) больных. Узлы в щитовидной железе были описаны у большинства пациентов – 125 (54,1 %). У 53 пациентов с хроническим тиреоидитом при УЗИ хронический тиреоидит диагностирован в 3 (5,6 %) случаях.

Выводы. Возможности УЗИ в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы весьма ограничены. Как самостоятельный метод, он не имеет решающего значения и использует-

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.У. Савенок, Э.В. Савенок, Н.А. Огнерубов

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

ся нами чаще для выявления узлов и характеристики непораженной ткани щитовидной железы, поскольку это влияет на выбор объема операции.

Цель исследования. Усовершенствовать методику экстрафасциальной субтотальной резекции щитовидной железы с целью интраоперационной профилактики гипопаратиреоза.