

альвеолярно-капиллярную проницаемость (АКП) у пациентов раком легкого.

Материал и методы. Вентиляционная сцинтиграфия легких проведена 8 пациентам с верифицированным диагнозом рака легких до проведения комбинированного лечения и 5 здоровым добровольцам (контрольная группа). Для вентиляционной пульмоносцинтиграфии применяли дитилен-триамин пентаацетиловую кислоту, меченную ^{99m}Tc -Пентатех («Диамед», Россия) в объеме 3 мл с удельной активностью 74–111 МБк/мл (555–740 МБк в 3 мл). Исследовалось накопление РФП в легких, АКП по динамике выведения РФП на 1, 10, 30-й мин после ингаляции РФП – ^{99m}Tc ДТРА. Кроме оценки АКП каждым легким в отдельности, проводилось определение регионарной АКП их верхних, средних и нижних отделов. Сцинтиграфические исследования проводились на гамма-камере «Омега 500» («Technicare» США–Германия). Регистрация и обработка изображения проводились на компьютерной системе «Сцинти» производства НПО «Гелмос» (Россия).

Результаты. У лиц контрольной группы АКП была равномерна в обоих легких и составляла на 10-й мин исследования $17,1 \pm 3,8 \%$, на 30-й мин – $37,5 \pm 5,2 \%$. У больных раком легких АКП на 10-й мин исследования составляла в пораженном легком – $11,97 \pm$

$2,42 \%$, в интактном – $19,06 \pm 3,2 \%$; на 30-й мин исследования – в пораженном легком – $23,3 \pm 3,76 \%$, в интактном – $34,15 \pm 3,97 \%$. По сравнению с контрольной группой замедление АКП в пораженном легком у больных раком легких было зарегистрировано 10-й и на 30-й мин исследования ($p=0,005$ и $p=0,004$ соответственно). Также замедление АКП у больных раком легких было зарегистрировано в пораженном легком по сравнению с интактным, как на 10-й мин, так и на 30-й мин исследования ($p=0,006$ и $p=0,03$ соответственно). Изучение регионарных значений АКП у больных раком легких показало, что АКП на 10-й мин исследования в интактной зоне пораженного легкого составляла $17,21 \pm 3,4 \%$, на 30-й мин – $31,03 \pm 2,31 \%$; в аналогичной интактной зоне здорового легкого на 10-й мин исследования АКП составляла $20,3 \pm 2,11 \%$, на 30-й мин – $34,4 \pm 3,2 \%$. У больных раком легких было зарегистрировано замедление АКП в интактной зоне пораженного легкого по сравнению с интактной зоной здорового легкого на 10-й и 30-й мин исследования ($p=0,04$ и $p=0,03$ соответственно).

Выводы. При раке легкого наблюдается замедление альвеолярно-капиллярной проницаемости для радиоактивного аэрозоля во всем пораженном легком, включая интактные зоны пораженного легкого.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФОРМАХ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А. ДЫМОВ, С.П. ШЕВЧЕНКО, П.А. ТАРАНОВ

*ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»
МУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск*

Актуальность. Наиболее распространенным заболеванием эндокринной системы является дифференцированный рак щитовидной железы (ДРЩЖ). Основным методом лечения данного заболевания хирургический. До настоящего времени не определена единая хирургическая

тактика. Остается нерешенной проблема превентивной лимфодиссекции центральной клетчатки шеи у больных ДРЩЖ.

Цель исследования. Выявить частоту регионарного метастазирования при превентивных лимфодиссекциях у больных с дифференциро-

ванным РЩЖ в зависимости от гистологического варианта опухоли и её локализации в доле щитовидной железы, определить эффективность методики интраоперационной лимфографии.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 81 больного с высококодифференцированным РЩЖ, у которых на дооперационном этапе не были верифицированы регионарные метастазы. Среди них было 73 женщины (90,1 %) и 8 мужчин (9,9 %). Возраст больных составил от 17 до 70 лет (медиана – 49,3). Объем выполненных операций на щитовидной железе – тиреоидэктомия с диссекцией центральной клетчатки шеи. В 14 случаях оперативное вмешательство было дополнено прямой хромолимфографией с целью выявления «сторожевого» лимфатического узла. Использовался препарат парие-блю.

Результаты. При проведении планового гистологического исследования у 69 больных (85,1 %) верифицирован папиллярный РЩЖ, у 12 – фолликулярный РЩЖ (14,9 %). Метастазы в лимфоузлах удаленной клетчатки обнаружены у 47 (58 %) больных из 81. В зависимости от гистологического строения «первичной» опухоли установлена определенная закономерность частоты регионарного метастазирования в лимфоузлы центральной клетчатки шеи. При папиллярном раке выявлены регионарные метастазы у 45 (64,3 %) больных из 70, при фолликулярном раке – у 1 (9 %) больного из 11.

При разных размерах «первичной» папиллярной опухоли вероятность выявления регионарных метастазов также отличается. При опухоли до 2 см (T_1) метастазы папиллярного рака выявлены в 45,5 % случаев (у 10 из 22 больных), при опухоли от 2 до 4 см (T_2) – в 61,1 % случаев (у 22 из 36 больных), при размере опухоли более 4 см и при её распространении за капсулу щитовидной железы (T_3 , T_4) метастазы в центральной клетчатке шеи обнаружены в 66,7 % (у 8 из 12 больных).

Частота поражения метастазами лимфоузлов центральной клетчатки шеи зависит и от локализации опухоли в ткани ЩЖ. При расположении «первичной» опухоли только в верхнем

полюсе (10 больных) метастазы в центральной клетчатке были выявлены только в одном (10 %) случае. При локализации опухоли в средней трети частота метастазирования составила 60,7 % (у 17 из 28 больных). В случае нахождения первичного очага в нижнем полюсе – 71,9 % (23 из 32 больных). В остальных 4 наблюдениях отмечен мультицентричный рост, при которых частота метастатического поражения составила 100 %. По результатам лимфографии у 7 больных (50 %) из 14 были выявлены метастазы ДРЩЖ в «сторожевом» и «несторожевых» лимфоузлах, у 6 (42,9 %) метастазы отсутствовали в обеих группах, в 1 случае (7,1 %) имелся ложноотрицательный результат (отсутствие метастаза в «сторожевом» лимфоузле и их наличие в «несторожевых»).

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что при высококодифференцированном РЩЖ более чем в половине случаев (58 %) встречаются метастазы в лимфоузлах центральной клетчатки шеи. При папиллярном раке частота регионарного метастазирования выявляется наиболее часто и составляет 64,3 %. Методика выявления «сторожевого» лимфатического узла с использованием синего красителя при ДРЩЖ является технически простой, безопасной и информативной. Она помогает выявить регионарные микрометастазы, не определявшиеся при стандартном обследовании, уточнить распространенность опухолевого процесса при ДРЩЖ, определить показания к вмешательству на лимфатических коллекторах шеи.

Таким образом, у больных папиллярным РЩЖ при отсутствии клинической симптоматики лимфаденопатии показано выполнение диссекции центральной клетчатки шеи при опухолях более 4 см и/или при распространении ее за собственную фасцию ЩЖ, а также при локализации опухоли в средней и нижней трети доли ЩЖ. В остальных случаях, а также при наличии фолликулярного РЩЖ показания к вмешательству на регионарном лимфатическом аппарате следует определять после получения результатов интраоперационной лимфографии.