

Результаты. По поводу аденом щитовидной железы выполнено 59 операций. У 1 больного при плановом морфологическом исследовании выявлена аденома парашитовидной железы. У 18 больных при плановом морфологическом исследовании в аденоме выявлен высокодифференцированный рак щито-

видной железы без признаков выхода опухоли за пределы щитовидной железы. В дальнейшем мы применили эту методику у 19 больных с ограниченными высокодифференцированными злокачественными опухолями. Длительность видеоассистированной операции на щитовидной железе составила в среднем 45 мин.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПЕРЕДНЕВЕРХНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ

И.В. Решетов, В.И. Чиссов, А.К. Голубцов, Ф.Е. Севрюков

Московский научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена

Цель исследования. Разработать методику выполнения видеоассистированной лимфодиссекции в передневерхнем средостении при метастазах рака щитовидной железы как альтернативу стернотомии. Проанализировать осложнения, ближайшие и отдаленные результаты.

Материал и методы. Операция выполняется при подтвержденном раке щитовидной железы и метастазах в лимфатические узлы передневерхнего средостения, а также при лимфаденопатии, выявленной при обследовании. После хирургического вмешательства на щитовидной железе (тиреоидэктомия, субтотальная резекция щитовидной железы) из того же доступа, через яремную вырезку, ретростернально вводится телескоп, с помощью эндоскопических инструментов производится блоковое удаление пре- и паратрахеальной клетчатки на шее с обеих сторон, и в передневерхнем средостении под видеоконтролем возвратных гортанных нервов, структур средостения, что сводит к минимуму возможные интраоперационные осложнения.

Результаты. С 2002 г. выполнено 39 операций. При плановом морфологическом исследовании у 31 (87,9 %)

больного выявлены метастазы рака щитовидной железы: папиллярной формы у 26 больных, папиллярно-фолликулярной формы у 1 больного, медуллярной формы в 3 случаях, малодифференцированной фолликулярной формы у 1 больного. У 8 больных метастазов рака щитовидной железы выявлено не было. Количество удаленных лимфатических узлов в среднем 8,9; максимально – 26. Время операции по сравнению со стернотомией сократилось в два раза. По данным 3-летних наблюдений, из 31 в 4 случаях выявлено прогрессирование опухолевого процесса, в 27 случаях при комплексном обследовании рецидива метастазов в средостении выявлено не было.

Заключение. Применение видеоассистированной методики лимфодиссекции в передневерхнем средостении при метастазах рака щитовидной железы можно считать адекватным и радикальным. Осложнений, связанных с выполнением данной операции, не отмечено. Данный вид хирургического вмешательства уменьшает операционную травму по сравнению со стернотомией и обладает лучшим косметическим эффектом.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.В. Решетов, В.И. Чиссов, А.К. Голубцов, Ф.Е. Севрюков

Переходящий парез возвратного гортанного нерва был у двух пациентов. Послеоперационная гематома – у одного. Продолжительность пребывания в стационаре сократилась до 2 дней.

Московский научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена

Выводы. Применение эндовидеоскопической технологии в онкологии позволит улучшить хирургические,

функциональные и эстетические результаты лечения.

Цель исследования. Проанализировать отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы при экстраорганном распространении опухоли.

Материал и методы. Больные с предоперационным диагнозом дифференцированный рак щитовидной железы $T_{1-2}N_0M_0$, у которых при гистологическом исследовании после операции была выявлена большая распространенность опухоли $pT_{3-4}N_0M_0$ (прорастание капсулы щитовидной железы), при этом макроскопически в ложе удаленной доли остатков опухоли не определялось. Больные разделены на груп-

пы по методу лечения. Первая группа – больным планируется выполнение повторной операции на щитовидной железе, принимая во внимание частое регионарное метастазирование при прорастании капсулы щитовидной железы. Превентивное вмешательство будет произведено в объеме лимфаденэктомии на шее, удаления околощитовидной клетчатки и рубцов в зоне ложа доли, удаленной при предыдущей операции. Вторая группа – проводится дистанционная лучевая терапия в СОД 50–55 Гр на область щитовидной железы и зоны регионарного метастазирования. Третья группа – дополнительное воздействие на зону операции не проводится. Рекомендуются динамическое наблюдение и заместительная гормонотерапия.

Результаты. Проводимое исследование не позволяет выявить достоверного различия хирургического либо комбинированного методов лечения на частоту развития рецидива опухоли.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

И.В. Решетов, Л.З. Вельшер, Д.Н. Решетов, И.Г. Асиновсков, И.О. Томашевский

*Московский научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена
Московский государственный медико-стоматологический университет*

Выводы. Выбор адекватного плана лечения больных при экстраорганном распространении высокодифференцированной опухоли щитовидной железы позволит улучшить хирургические, функциональные результаты лечения, социально-трудовую реабилитацию больных.

Рак щитовидной железы (РЩЖ) обладает выраженной способностью к метастазированию, регионарные метастазы после хирургического лечения возникают в 20–66 %. Чаще регионарное метастазирование при РЩЖ происходит у лиц молодого и среднего возраста (до 40 лет), при наличии высокодифференцированных форм (папиллярный и реже фолликулярный рак). Двустороннее поражение встречается в 19,9 %. Достаточно часто одновременно поражаются несколько групп лимфатических узлов, чаще других – яремные (до 95 %), загрудинные (56,8 %) и паратрахеальные (47,3 %) группы. До настоящего времени не существует метода диагностики, выявляющего мета-

стазы РЩЖ на доклинической стадии. Поэтому вопросы о проведении дополнительных методов лечения у больных с высокодифференцированным РЩЖ решаются индивидуально и часто эмпирически. В последнее десятилетие активно разрабатываются методы поиска так называемых “сторожевых” лимфатических узлов при опухолях различных локализаций. Значительный опыт накоплен при раке молочной железы и меланоме кожи, исследуются его возможности при плоскоклеточном раке области головы и шеи (рак ротоглотки, кожи и слюнных желез). Вопрос о возможностях поиска сторожевых лимфоузлов при РЩЖ обсуждается отдельными зарубежными исследователями.

Методы исследования. Перед началом операции, после погружения больного в медикаментозный сон, при помощи шприца с внутримышечной иглой вводилось 4–5 мл синего красителя в толщу доли щитовидной железы вокруг узлового образования. После рассечения кожи и подкожной клетчатки щитовидная железа выделялась из окружающих мышц шеи. Да-