

7. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. 3-е изд., перераб. и дополн. – М.: МЕДпресс – информ, 2004. – 488 с.

8. Парфенов В.А. Дисциркуляторная энцефалопатия. Пособие. Москва, Изд-во Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, 2008. – 12 с.

9. Яхно Н.Н., Левин О.С., Дамулин И.В. Сопоставление клинических и МРТ – данных при дисциркуляторной энцефалопатии // Неврол. журн. – 2001. – Т.6, № 3. – С.10–19.

10. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Антидор, 2002 г. – 736 с.

11. Клиническая эндокринология: руководство (3-е изд.) / Под ред. Старковой Н.Т. – СПб: Питер, 2002. – 576 с.

PSYCHOEMOTIONAL ABNORMALITIES OF PATIENTS WITH CHRONIC CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY AT HYPOTHYROIDISM

G.A. BARANOVA

Penza State University, Medical Institute

Chronic cerebrovascular insufficiency is accompanied by changes in psycho-emotional sphere. Hypothyroidism is also a reason for emotional and volitional disorders and abnormalities of higher mental functions. The observation of 120 patients with different stages of chronic cerebrovascular insufficiency at hypothyroidism was carried out. All patients were diagnosed as having primary hypothyroidism. The obtained data are the evidence of prevailing psycho-emotional disorders in groups of patients being studied, which is explained by the combination of cerebrovascular pathology and metabolic disorders in the form of thyroid hormone deficiency.

Key words: chronic cerebrovascular insufficiency, hypothyroidism, psycho-emotional abnormalities, higher mental function.

УДК: 616.441-006-089-037

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Э. ВАНУШКО*, А.Ю. ЦУРКАН**

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 301 больного дифференцированным раком щитовидной железы. В результате лечения больных раком щитовидной железы в условиях многопрофильной клиники 5-летняя и 10-летняя выживаемость у этих пациентов составила 97%. Рецидив заболевания развился у 7,6% больных раком щитовидной железы. 5-летняя и 10-летняя вероятность прожить после операции без рецидива составила 93% и 91% соответственно.

Ключевые слова: отдаленные результаты, хирургическое лечение, дифференцированный рак щитовидной железы.

Дифференцированный рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет 90-95% тиреоидного рака и около 1% от всех злокачественных опухолей человека [2,5]. Заболеваемость дифференцированным РЩЖ в России за последние 10 лет увеличилась более чем в 2 раза, с 4,5 тыс. до 8,5 тыс. случаев в год [3]. Рост заболеваемости РЩЖ исследователи связывают с последствиями загрязнения территорий России радионуклеидами после Чернобыльской аварии и повышением выявляемости «скрытого» РЩЖ, путем внедрения ультразвукового исследования и прицельной тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии [1,3].

Цель исследования – провести анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных дифференцированным РЩЖ.

Материалы и методы исследования. Нами изучены отдаленные результаты 301 больного дифференцированным РЩЖ, оперированных с 1998 по 2007 годы в хирургическом отделении №2 Воронежской областной клинической больницы №1. Сроки наблюдения составили от 1 до 12 лет после первичной операции, в среднем $6,67 \pm 2,99$ лет. В течение 5 лет после операции наблюдалось 253 больных (84,1%), в течение 10 лет – 74 больных (24,6%), не менее 12 лет – 33 больных (11%).

Оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных дифференцированным РЩЖ проводилась на основании

комплексного обследования включающего наряду с общеклиническим исследованием, УЗИ щитовидной железы и зон регионарного метастазирования, по показаниям скintiграфию ложа щитовидной железы, для диагностики отдаленных метастазов применяли рентгенологическое исследование легких, УЗИ печени, МРТ средостения и костей скелета.

Анализ результатов лечения проводили на основании данных о количестве развившихся после первичной операции рецидивов и по числу летальных исходов, обусловленных раком щитовидной железы, по выживаемости и свободному от рецидива периоду жизни больных дифференцированным РЩЖ.

Статистический анализ данных выполнялся с использованием пакета программ Statistica 9.1 в соответствии с рекомендациями Ребровой О.Ю., 2006 [4]. Описательная статистика количественных признаков представлена средними и среднеквадратическими отклонениями (в формате $M \pm s$; в случае нормальных распределений) либо медианами и квартилями (в формате $Me [Q_1; Q_3]$). Описательная статистика качественных признаков представлена абсолютными и относительными частотами. Анализ времени до события (летального исхода либо рецидива) проводился с применением метода Kaplan-Meier, сравнение групп – с помощью теста Gehan's Wilcoxon. Полными считались наблюдения с изучаемым исходом (летальные случаи либо случаи рецидива), цензурированными – наблюдения без изучаемого исхода (живые и умершие от других причин либо больные без рецидива соответственно). При проверке гипотез статистически значимыми результаты считались при достигнутом уровне значимости $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Из 301 больного 293 больных (97,3%) живы без признаков прогрессирования заболевания в течение всего периода наблюдения от 1 до 12 лет, в среднем $6,78 \pm 2,94$ лет. Рецидив заболевания развился у 23 больных (7,6%) в различные сроки после операции. Среди больных с рецидивом только у 1 больной до операции обнаружен тиреотоксикоз. Локальный рецидив установлен у 17 больных (5,6%) в сроки от 1 до 12 лет после операции ($5,24 \pm 3,73$ лет). Из них у 2 пациентов локальный рецидив сочетался с развитием метастазов в регионарных лимфатических узлах шеи и у 1 больной наряду с поражением лимфатических узлов шеи метастатический процесс распространялся на лимфатические узлы средостения. Метастазы только в регионарных лимфатических узлах шеи диагностированы у 3 больных в сроки от 3 до 5 лет ($3,67 \pm 1,15$ лет). Отдаленные метастазы выявлены у 3 больных в сроки от 2 до 5 лет ($3,33 \pm 1,53$ лет). Из них у 2 больных после первичной операции было метастатическое поражение лимфатических узлов шеи в одном случае через 1 год, в другом случае через 2 года, а затем через 3 года у обеих больных диагностированы отдаленные метастазы в одном случае в позвоночник, в другом случае в третье ребро.

Таким образом, локальный рецидив обнаружен у 17 больных (5,6%), рецидив в шейные лимфатические узлы в целом выявлен у 8 больных (2,7%), отдаленные метастазы – у 3 больных (1%).

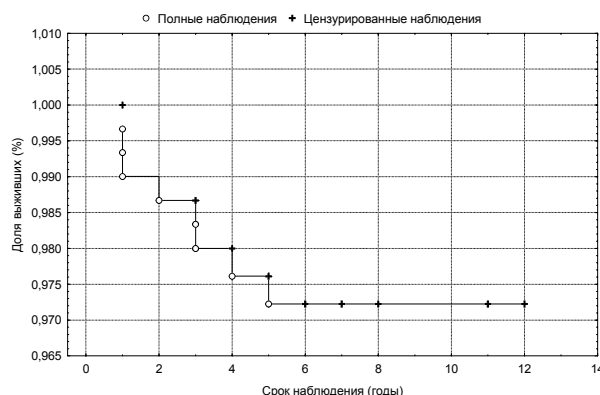


Рис. 1. Выживаемость больных дифференцированным РЩЖ после хирургического лечения

При поражении метастатическим процессом лимфатических узлов шеи больным проводили лимфаденэктомию. У 1 больной с рецидивом в лимфатические узлы средостения произведена медиастинальная лимфаденэктомию. Из 17 больных с локальным рецидивом повторная операция произведена 12 боль-

*ФГУ «Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития», 117036, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д.11, тел.: 8-926-593-58-92

** ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко Росздрава», 394036, Воронеж, ул. Студенческая, д.10, тел. 8-952-549-10-42

ным, из них в 3 случаях операция на щитовидной железе сочеталась с лимфаденэктомией. При метастатическом поражении только регионарных лимфатических узлов шеи у всех 3 больных проведена повторная операция – лимфаденэктомия. Из 3 больных с отдаленными метастазами повторно оперированы 2 больных. В 1 случае повторная операция на лимфатических узлах шеи через 1 год после первичной операции, в другом случае было 2 операции: через 2 года после первичной операции – лимфаденэктомия и через 3 года – резекция 3 ребра.

Таким образом, в целом у 17 больных с рецидивом РЩЖ было произведено 19 повторных вмешательств по поводу метастазов дифференцированного РЩЖ.

Из 301 больных 8 больных (2,7%) умерли от причин, связанных со злокачественным процессом в щитовидной железе. После первичной операции из-за местного распространения опухоли и отдаленных метастазов 7 больных умерли в сроки от 1 до 4 лет ($2,14 \pm 1,21$ лет). От повторной операции эти больные отказались в связи с признаками иноперабельности опухоли. После двух повторных операций по поводу метастазов в регионарные лимфатические узлы и отдаленного метастаза в 3 ребро умер 1 больной по причине генерализации опухолевого процесса через 5 лет после первичной операции. За все время наблюдения от интеркуррентных заболеваний или других причин, не связанных с злокачественным процессом в щитовидной железе, умерло 6 (2%) больных в сроки от 1 до 11 лет после операции (средний срок составил $6,16 \pm 3,6$ лет).

Таким образом, из 301 больного дифференцированным РЩЖ выжило 293 больных (97,3%), рецидив заболевания развился у 23 больных (7,6%), повторно оперированы 17 больных (5,6%), от причин, связанных с основным заболеванием, умерло 8 больных (2,7%).

Для расчета показателей выживаемости и свободного от рецидива периода жизни больных дифференцированным РЩЖ использован моментный метод Каплана – Мейера. Выживаемость у 301 больного дифференцированным РЩЖ после хирургического лечения, рассчитанная методом Каплана – Мейера, представлена на рисунке 1. Из данных рисунка видно, что большинство летальных исходов (7 из 8) установлены в первые 4 года после операции, поэтому эти сроки целесообразно рассматривать как критические по риску смерти от дифференцированного РЩЖ. В период 4–10 лет умер 1 больной.

Таким образом, 5-летняя и 10-летняя выживаемость составили 97% и 97% соответственно.

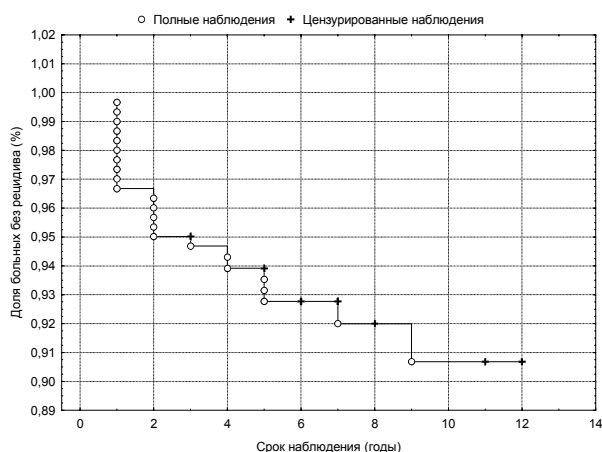


Рис. 2. Свободный от рецидива период жизни больных дифференцированным РЩЖ после хирургического лечения

Свободный от рецидива период жизни больных дифференцированным РЩЖ после хирургического лечения представлен на рисунке 2. Из данных рисунка следует, что у большинства больных (21 из 23) рецидивы развились в первые 5 лет после операции, что позволяет признать данные сроки критическими в плане возникновения рецидивов заболевания. Только у 2 больных рецидив развился в сроки более 8 лет после хирургического лечения. Таким образом, 5-летняя и 10-летняя вероятность прожить после операции без рецидива у больных дифференцированным РЩЖ составляет 93% и 91% соответственно.

Вывод. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения больных дифференцированным раком щитовидной железы показало, что после проведения оперативных вмешательств в условиях многопрофильной клиники 5-летняя и 10-летняя выживаемость у этих пациентов равна 97%. Рецидив заболевания развивается у 7,6% больных, а 5-летняя и 10-летняя вероятность прожить после операции без рецидива у больных дифференцированным раком щитовидной железы составляет 93% и 91% соответственно.

Литература

1. Герасимов Г.А., Фиге Д. // Клиническая и экспериментальная тиреодология. – 2006. – №2. – С. 15–25.
2. Ларин А.С. // Вестник хирургии. – 2008. – Т.167, №3. – С. 54–58.
3. Рак щитовидной железы. Современные подходы к диагностике и лечению / П.О.Румянцев и др. – М.: 2009.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М., 2006.
5. Ito Y., Miyauchi A. // Endocr. J. – 2008. – Vol. 13. N8. – P. 337–341.

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATING PATIENTS WITH DIFFERENTIATED THYROID GLAND CANCER

V.E.VANUSHKO, A.YU.TSURKAN

Moscow Endocrinological Research Centre,
Voronezh State Medical Academy, Chair of Hospital Surgery

Long-term results of surgical treatment of 301 patients with differentiated thyroid gland cancer were studied. As a result of treating patients with differentiated thyroid gland cancer in multifield clinic conditions 5-year-old and 10-year-old survival rate at those patients was 97%. Disease relapse developed at 7,6% patients with thyroid gland cancer. The 5-year-old and 10-year-old probability of living after the operation without relapse was 93% and 91% respectively.

Key words: long-term results, surgical treatment, differentiated thyroid gland cancer.

УДК: 616.441-006- 089

ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Э.ВАНУШКО*, А.Ю.ЦУРКАН**

На основании проведенного исследования установлено, что объем хирургического вмешательства в отличие от методики операции является одним из важнейших прогностических факторов. Оптимальным объемом операции у больных дифференцированным раком щитовидной железы следует признать удаление всей щитовидной железы с клетчаткой и лимфатическими узлами VI уровня шеи.

Ключевые слова: объем хирургического вмешательства, дифференцированный рак щитовидной железы.

В настоящее время, когда Европейской Тиреоидологической Ассоциацией выработан Европейский консенсус по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы (РЩЖ) из фолликулярного эпителия [3], Американской Тиреоидологической Ассоциацией созданы клинические рекомендации по диагностике и лечению узлового зоба и РЩЖ [4], приняты Национальные клинические рекомендации на XI Российском онкологическом конгрессе и IV Всероссийском тиреоидологическом конгрессе [1], вопрос об объеме хирургического вмешательства у больных дифференцированным РЩЖ остается по-прежнему дискуссионным [2].

Цель исследования – определить оптимальный объем оперативного вмешательства и его влияние на прогноз у больных дифференцированным РЩЖ.

Материалы и методы исследования. Были изучены отдаленные результаты лечения 301 больного дифференцированным РЩЖ. Из них 282 (93,7%) женщины и 19 (6,3%) мужчин. Средний возраст $49,24 \pm 13,95$ лет (от 18 до 82 лет). В послеоперационном

* ФГУ «Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития», 117036, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д.11, тел.: 8-926-593-58-92

** ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко Росздрава», 394036, Воронеж, ул. Студенческая, д.10, тел.: 8-952-549-10-42