

ранные вмешательства на легких. У 1 пациента выполнена пневмонэктомия, у 3 – сублобарные резекции, в остальных случаях – лобэктомии. Поражения внутригрудных лимфоколлекторов, причем как интраоперационно, так и при последующем морфологическом исследовании, в большинстве случаев не зарегистрировано. Послеоперационный период у большинства оперированных пациентов протекал без осложнений. Учитывая единичность поражения легких, в большинстве случаев не проводилось дополнительного противоопухолевого лечения. Только у 4 пациентов при выявлении опухолевой диссеминации после метастазэктомии в сроки от 6 мес до 2,5 года проводилось лекарственное противоопухолевое лечение.

Все пациенты прослежены после удаления метастазов опухолей органов ЖКТ. От прогрессирования опухолевого процесса умерли 10 (55,5 %) больных, средний срок от момента

операции – 21,5 мес; 3 (16,7 %) – скончались от не связанных с опухолями причин в срок – 30 мес; 5 (27,8 %) пациентов живы и наблюдаются с сроки от 6 мес до 7 лет и не имеют признаков опухолевого поражения.

Проведенный анализ лечения пациентов с метастатическим поражением легких у больных, ранее пролеченных по поводу опухолей пищеварительной системы, демонстрирует необходимость выполнения хирургического лечения по поводу метастазов. Существующее мнение среди врачей, включая онкологов, об исключительной фатальности при появлении метастазов, а также о ненужности дальнейшего наблюдения за пациентами, ранее пролеченными по поводу злокачественных опухолей, в настоящее время не актуально. Мы также надеемся на улучшение результатов метастазэктомии с появлением новых схем лекарственного противоопухолевого лечения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Р. ЖУМАБАЕВ, Н. М. МАМАСОВ, Ч.Д. РЫСПЕКОВА

Ошский межобластной центр онкологии при МЗ КР, г.Ош, Кыргызская Республика

Одной из основных задач современной онкологии является улучшение специализированной медицинской помощи. Не является исключением в этом аспекте хирургическое лечение рака щитовидной железы (РЩЖ).

Под наблюдением и лечением находился 121 больной РЩЖ, из них мужчин – 49 (40,4 %), женщин – 72 (59,5 %). Лечение проведено 118 больным, 3 пациентам лечение было не показано из-за распространенности опухолевого процесса. Комбинированное лечение осуществлено 57 (48,3 %) пациентам, 58 (49,1 %) больным в послеоперационном периоде проведена дистанционная гамма-лучевая терапия (ДГЛТ), полихимиотерапия – 3 (2,5 %). По системе TNM больные распределились следующим образом: $T_{1-2}N_0M_0$ – 20 (16,5 %) пациентов; $T_{2-3}N_{0-2}M_0$ – 57 (47,1 %); $T_{3-4}N_{0-3}M_0$ – 51 (42,1 %). Гистологическая структура опухолей: папиллярный рак выявлен у 44,4 % больных, фолликулярный – у 31,1 %, недифференцированный РЩЖ – у

3 больных, и по 1 случаю зарегистрированы умереннодифференцированная аденокарцинома, фибросаркома, плоскоклеточный ороговевающий рак. Продолженный рост в области первичного очага отмечен у 6 (4,9 %) больных, по поводу чего им проведено повторное лечение. Оперативные вмешательства выполнены 4, ДГЛТ – 2 пациентам. Из них через год умер 1 больной.

Отдаленные метастазы зарегистрированы у 12 (9,9 %) пациентов: в печени – у 2, в лимфоузлах – у 1, в костях – у 4, в легких – у 5, из них через один год после лечения – у 10 больных. Рецидив в области первичного очага через 2–10 лет отмечен у 5 (4,1 %) больных, в связи с чем всем пациентам выполнены повторные операции (ранее они были оперированы в лечебных учреждениях общей лечебной сети). В течение 5 лет рецидивы РЩЖ в регионарных лимфатических узлах шеи отмечены у 9 (7,4 %) больных. Все они получили повторное лечение,

8 больным выполнены операции, 1 пациенту – ДГЛТ. Все больные после лечения находились под динамическим наблюдением. Через 2 года

после лечения без рецидивов и метастазов живы 93 (76,8 %) пациента.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЮЖНЫХ РАЙОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

А.Р. ЖУМАБАЕВ, Н. М. МАМАШОВ, Ч.Д. РЫСПЕКОВА

Ошский межобластной центр онкологии при МЗ КР, г.Ош, Кыргызская Республика

Дефицит алиментарного йода в организме является основной причиной гиперплазии щитовидной железы (ЩЖ) и фактором риска развития в ней узловых образований. По данным литературы, в 55,5–76,8 % случаев раку щитовидной железы (РЩЖ) предшествует узловой зоб.

Нами проведен ретро- и проспективный анализ историй болезни 1324 пациентов (1993–2007 гг.) жителей южных районов (Баткенская, Жалалабатская и Ошская области), которым было выполнено хирургическое лечение по поводу узловых образований ЩЖ. Из них женщин – 238 (92,4 %) и мужчин – 92 (7,6 %). У 120 больных, которым ранее проведены различные виды операций по поводу узловых образований ЩЖ, выявлен злокачественный процесс.

В основном больные поступали на лечение с III стадией РЩЖ (53 %). Наиболее высокой уровень заболеваемости зарегистрирован у жителей Жалалабатской области – 56,2 % случаев, в Ошской и Баткенской области – 31,2 % и 12,5 % наблюдений соответственно. Гистологическая структура опухолей была следующей: папиллярный рак выявлен у 44,4 % больных, фолликулярный – у 31,1%, недифференцированный – у 3 больных и по 1 случаю зарегистрированы умереннодифференцированная аденокарцинома, фибросаркома, пло-

скоклеточный ороговевающий рак. До настоящего времени остается нерешенной проблема ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей ЩЖ, отсутствует дифференцированный подход при лечении узлового коллоидного зоба и аденом из фолликулярных клеток, которые в клинической практике объединены под термином «узловой эутиреоидный зоб». Наличие узлов в щитовидной железе должно насторожить любого врача, т.к. под маской «узлового эутиреоидного зоба» может протекать злокачественный процесс в ЩЖ. Пациенты с узловыми образованиями ЩЖ, длительно проживающие в эндемичной по зобу местности, должны в обязательном порядке входить в группу онкологического риска и находиться на диспансерном учете у онколога как до, так и после проведенного лечения. Для успешного лечения узловых образований ЩЖ в первую очередь необходимо иметь адекватную информацию об их морфологической структуре. Именно морфологически подтвержденный диагноз является основой для выбора правильной тактики лечения и адекватного объема оперативного вмешательства. Несмотря на это, наличие узлового зоба является абсолютным показанием к оперативному лечению как минимум в объеме гемитиреоидэктомии с резекцией перешейки ЩЖ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОГО МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКИХ

Б.Т. ЖУСУПОВА¹, Н.А. ШАНАЗАРОВ²

ГККП «Онкологический диспансер», г. Астана¹

ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, г. Тюмень²

Актуальность. Известно, что мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) характеризуется ускорен-

ным ростом опухолевых клеток и, как следствие, высоким потенциалом метастазирования. Этот