

признаки дисплазии многослойного плоского эпителия слабой степени диагностированы у 46 пациентов, умеренной степени – у 24, тяжелой степени – у 17. Учитывали степень клеточной атипии, особенности эпителиального пласта и его стратификации. Проведен анализ неизменной красной каймы на секционном материале. У лиц с неизменной структурой эпителия появление койлоцитов не превышало 5,6 % наблюдений. При слабой дисплазии эпителия показатель достигал 13,0 %, а при умеренной и тяжелой дис-

плазии – 29,2 и 41,2 % соответственно. Нарастание дисплазии сопровождалось проникновением койлоцитов в глубокие отделы эпителиального пласта, появлением среди них полиморфных и даже уродливых клеток. После малигнизации и инвазии данный показатель практически не изменялся.

Частота и выраженность койлоцитоза находится в прямой корреляционной зависимости от тяжести эпителиальной дисплазии и является маркером вирусного поражения клеток, отвечающего за возникновение плоскоклеточного рака красной каймы губ.

РОЛЬ РАДИОЙОДТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.Я. Дроздовский, П.И. Гарбузов, А.А. Родичев, О.В. Тимохина, Н.В. Подольхова

Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск

Радионуклидная терапия имеет преимущества перед другими видами лучевой терапии за счет высокой толерантности нормальных тканей, незначительных побочных эффектов, возможности формирования в патологических очагах больших поглощенных доз, что позволяет добиться излечения метастазов дифференцированного рака щитовидной железы. Возможность проводить радионуклидную терапию в полном объеме в России сохранилась только в МРНЦ РАМН. За последние 20 лет в отделении получили лечение более 10 000 больных, в том числе около 200 детей, в основном, из регионов, “загрязненных” после аварии на ЧАЭС.

Проведен анализ результатов радиойодтерапии у больных с дифференцированным раком щитовидной железы при различных локализациях отдаленных метастазов. Так, в группе больных с метастазами в легкие и средостение полный эффект лечения достигнут у 54,7 % пациентов, стабилизация отмечена у 15,9 %, которые на момент анализа находятся в процессе лечения. Суммарные активности за период ле-

чения составили от 140 до 2390 МКи ^{131}I . Показатели 5- и 10-летней выживаемости больных оказались 97,6 и 88,8 % соответственно. Метастазы в кости рака щитовидной железы представляют сложную проблему для полного излечения. Тем не менее применение радионуклидной терапии в комплексном лечении этого тяжелого контингента больных позволяет получить наилучшие результаты: 5-летняя выживаемость составила 59,6 %, 10-летняя – 44,8 %.

Достоверно выше эффективность комбинированного лечения РЩЖ у детей и подростков при проведении РИТ в ранние сроки после хирургического этапа. Как следствие, уменьшается вероятность развития рецидива заболевания, повторных оперативных вмешательств, сопровождающихся повышенным риском осложнений в виде травматизации возвратных нервов и парашитовидных желез. Кроме того, радиойодоблация позволяет на ранних этапах выявлять и успешно лечить отдаленные метастазы еще до их рентгенологического выявления.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. Дубский, И.Е. Куприянова, Е.Л. Чойнзонов, Л.Н. Балацкая

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Совершенствование ранней диагностики и лечения рака щитовидной железы привели к увеличению продолжительности жизни пациентов. В настоящее время

вполне естественным и уже необходимым дополнением к этой информации являются сведения о том, как прожил эти годы онкологический больной.

Обследованы 52 больных дифференцированным раком щитовидной железы в возрасте от 25 до 60 лет, получивших радикальное лечение. Исследование проводилась в три этапа: до операции, через неделю после операции и через 6 мес после выписки из стационара. Использовалась клиническая “шкала тревоги Гамильтона”. Субъективная оценка качества жизни пациентов изучалась с помощью “Опросника уровня качества жизни” (Гундаров И.А., 1995). Скрытые эмоциональные нарушения, индивидуальные механизмы переработки стресса и психологические защиты изучались методом психологической диагностики “Индекс жизненного стиля” (Клубова Е.Б., 1994; Plutchik R., 1979).

Отмечен высокий средний уровень тревоги по шкале Гамильтона – 15,41 балла, при этом у 28,21 % пациентов уровень тревоги составил 20 и более баллов (контроль у здоровых – 3–5 баллов). Уровень соматической тревоги составил 5,4 балла (в расчете на

1 симптом 0,9 балла), нейровегетативной тревоги – 1,9 балла (в расчете на 1 симптом 0,97 балла), психической – 8,2 (в расчете на 1 симптом 1,34 балла). Количественные характеристики качества жизни показывают снижение физического вектора в раннем послеоперационном периоде – 34,4+1,24 балла (контроль у здоровых – 45,5+2,7 баллов, $p<0,05$). В течение полугода полностью восстанавливается физическое самочувствие, но происходит социально-психологический кризис.

Таким образом, у больных раком щитовидной железы обнаруживаются достаточно высокий уровень личностной тревоги, который преимущественно имеет психический и нейровегетативный характер, в значительной степени снижение качества жизни по социальному вектору; психотерапия должна быть направлена на снижение личностной тревоги каждого пациента с обоснованием индивидуальной программы для психофармакотерапевтической помощи.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ГЛОТКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГОРТАНИ

В.Г. Ежов, Е.Д. Панов, А.А. Подоскин, С.В. Ежов

Воронежский областной клинический онкологический диспансер

В ряде случаев у больных злокачественными новообразованиями гортани после ее удаления, возникают в послеоперационном периоде стойкие дефекты нижних отделов глотки, вследствие чего затруднен прием пищи, а пациенты длительное время находятся на зондовом питании.

У 238 больных распространенным раком гортани III–IV ст. в разные сроки после окончания дистанционной лучевой терапии СОД 40–70 Гр по поводу остаточной опухоли или рецидива заболевания произведены различные по объему ларингэктомии. Среди них ларингэктомии – 148, расширенные ларингэктомии с резекцией глотки и ее ушиванием – 75, расширенные ларингэктомии с резекцией глотки, корня языка, шейного отдела пищевода и наложением плановой фарингостомы – 15. У 84 (35,3 %) больных в послеоперационном периоде образовались стойкие дефекты глотки, в т.ч. после дистанционной лучевой терапии СОД 40 Гр – у 20, а после СОД 70 Гр – у 64. К стойким дефектам нижних отделов глотки относились: глоточные свищи (площадь дефекта до 0,5 см²) – 48 боль-

ных, а с большими дефектами и фарингостомами – 36. В зависимости от размеров дефектов глотки 20 больных питались самостоятельно и нуждались в перевязках после приема пищи, остальные постоянно принимали пищу через зонд, вводимый через стому в пищевод. Пластическое закрытие глоточных свищей и фарингостом обычно производили в сроки от 4 до 6 мес после ларингэктомии, к этому времени обычно стихало перифокальное воспаление, восстанавливалась структура кожи и тканей в области дефектов. Технически операция по устранению дефекта нижних отделов глотки заключалась в двух этапах: первый – формирование внутренней выстилки недостающей части глотки и шейного отдела пищевода, второй – устранение дефекта кожи шеи. Во всех случаях внутренняя выстилка формировалась за счет кожи, окружающей дефект, и части слизистой глотки, таким образом, чтобы просвет сформированной глотки был не менее 2,0–2,5 см в диаметре, что позволяет избежать в последующем ее сужения. После формирования внутренней выстилки образовывался дефект