

ной железы с диссекцией центральной клетчатки шеи.

При проведении планового гистологического исследования метастазы в центральной клетчатке выявлены у 21 (52,5 %) больного, у 19 (47,5 %) – не обнаружены. В зависимости от гистологического строения опухоли выявлена следующая закономерность в частоте регионарного метастазирования: при папиллярном раке в 72,4 % подтверждены регионарные метастазы (21 случай из 29). Метастазы фолликулярного рака

кодифференцированным РЩЖ, при отсутствии клинически выявляемых регионарных метастазов, показано проведение диссекции центральной клетчатки шеи.

ПЛАСТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

С.А. Шинкарев

ГУЗ "Областной онкологический диспансер", г. Липецк

Реконструктивная хирургия – обязательная составляющая хирургического лечения опухолей головы и шеи, важный элемент послеоперационной реабилитации.

Материал и методы. С января 2003 по сентябрь 2005 г. выполнено 77 операций у 75 больных по поводу злокачественных опухолей головы и шеи с использованием различных лоскутов. Одномоментная пластика – у 38 пациентов, отсроченная – у 14, из них мужчин – 62, женщин – 13. Возраст больных колебался от 29 до 80 лет. Наибольшая возрастная группа (32 пациента) в интервале 50–59 лет. По нозологиям: рак нижней губы – 17, гортани – 16, слизистой дна полости рта – 5, гортаноглотки – 3, ротоглотки – 1, злокачественные опухоли кожи – 18, злокачественная аденокарцинома нижней челюсти – 1 больной. Дистанционные

выявлены в одном случае из 11, что составило 9 %.

Таким образом, на настоящем этапе проведенного исследования установлено следующее: при высокодифференцированном раке щитовидной железы, более чем в половине случаев, встречаются метастазы в лимфоузлах центральной клетчатки шеи; при папиллярном раке частота регионарного метастазирования составляет 72,4 %; у больных с высо-

лоскуты – 26 больных: грудной – 11, дельто-пекторальный – 8, трапециевидный – 7. Площадь дефекта – 12–225 см². Локальные лоскуты – 50 больных: скользящий – 11, перемещенный – 33, ротационный – 6. Площадь дефекта – 2–60 см².

Результаты. При дистанционных лоскутах: 1 полный некроз кожи (площадь дефекта 30 см²), частичный некроз кожи – 4 случая, 2 из них при площади 56 см². При локальных лоскутах: некроз кожи – 3 (площадь 60, 15 и 12 см²), после лучевой терапии.

Выводы. Планирование реконструкции должно осуществляться одновременно с выработкой плана лечения. Восстановительное лечение необходимо начать как можно раньше, по возможности одновременно с основным хирургическим этапом. При больших размерах дефекта и предшествующей лучевой терапии целесообразно использовать артериализированные лоскуты. Кожно-мышечный лоскут на боль-

СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЩЖ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Р.В. Шишков, В.Г. Поляков

НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Кафедра детской онкологии РМАПО, г. Москва

шой грудной мышце и дельто-пекторальный лоскут являются надежным пластическим материалом для закрытия дефектов кожи и мягких тканей лица и шеи.

С 1971 по 2004 г. в исследование вошли 264 детей,

которым были проведены операции на ЩЖ и лимфатическом коллекторе шеи. Из 264 больных большинство – 218 (82,6 %) – составили дети с папиллярным раком щитовидной железы (ПРЩЖ), 31 (11,7 %) боль-