

2) Техническая поддержка. Использование 2–3-кратных увеличительных стекол поможет при визуализации околощитовидных желез (ОЩЖ) и возвратного нерва (ВН) во время реоперации. 3) Профилактика повреждения ВН достигается ранней его визуализацией перед началом мобилизации тканей и знанием особенностей анатомии околощитовидного пространства. Существует несколько доступов к ВН. Латеральный доступ является наиболее часто применяемым при реоперациях. Он заключается в мобилизации медиального края кивательной мышцы и отведении латерально сосудистого пучка, и при этом достигается хороший доступ к латеральному паратрахеальному пространству у нижнего полюса ЩЖ. ВН, как правило, лежит в трахеопищеводной борозде. Нижнепередний доступ заключается в идентификации нижней щитовидной артерии и трахеи. Биссектриса угла между ними и является местом прохождения ВН. Медиальный доступ используется при мобилизации верхнего полюса ЩЖ. Последний оттягивается лате-

рально и диссекция продолжается вниз вдоль гортани до гортанно-трахеального желоба, где и обнаруживается место впадения ВН в гортань. 4) Сохранение ОЩЖ. Использование экстракапсулярной препаровки, сохранение всех ОЩЖ, аутотрансплантация деваскуляризированных ОЩЖ при выполнении реопераций позволяют уменьшить риск стойкого гипопаратиреоза. По наружному краю ЩЖ от верхней до нижней щитовидной артерии обычно располагается клетчатка с ОЩЖ, которая и должна быть мобилизована и оставлена в ходе операции. При выполнении лимфодиссекции при РЩЖ ОЩЖ должны быть отсепарованы, идентифицированы гистологически и аутотрансплантированы в кивательную мышцу. Знание анатомических вариантов расположения ОЩЖ, ВН, детальная препаровка всех структур операционного поля, владение различными техническими доступами к ЩЖ, ОЩЖ и ВН помогут свести к минимуму риск появления возможных осложнений. Частота послеоперационных осложнений при первичных и повторных операциях на ЩЖ заметно не отличалась.

ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.А. Чернышев, Р.Г. Хамидуллин, С.В. Зинченко, А.Н. Рудык

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Понятие “повторных операций” в онкологии традиционно связано с рецидивированием рака, которое может возникать по прошествии определенного времени после первичного радикального лечения. Бесспорно одно – появление местного рецидива или метастазов в регионарных лимфатических узлах чаще является следствием неадекватного вмешательства.

За последние 5,5 года в КОД МЗ РТ прооперировано 316 больных РЩЖ. У 42 пациентов выполнены повторные операции по поводу рецидива заболевания или при подозрении на него. 24 больных первично оперированы в КОД, а 18 больных – в других отделениях и больницах республики. Общий показатель частоты рецидивов составил 8,4 %. Мужчин – 10 (23,8 %), женщин – 32 (76,2 %). Средний возраст $44,3 \pm 0,3$ года (диапазон от 21 до 78 лет). Показаниями к повторным вмешательствам являлись: 1) рецидив опухоли в ложе удаленной доли – у одной больной; 2) рецидив опухоли в резецированной доле ЩЖ – у 4 больных; 3) рецидив в контрлатеральной доле ЩЖ – у 4 пациентов; 4) появление метастазов в паратрахеальных лимфатических узлах (N_{1a}) – у 3; 5) появление метастазов в

ипсилатеральных лимфоузлах шеи (N_{1b}) – у 11; 6) появление метастазов в контрлатеральных лимфатических узлах шеи (N_{1b}) – у 6; 7) двухсторонние шейные лимфогенные метастазы – у 2; 8) метастазы в передневерхние средостенные лимфоузлы (N_{1b}) – у 2 больных; 9) повторное возникновение метастазов на шее после лимфаденэктомии – у 5. Один больной перенес 2, а двое – 3 повторные операции.

У 9 больных повторные операции выполнялись при подозрении на рецидив заболевания, а также при сомнительной радикальности первой операции: 1) подозрение на рецидив опухоли в щитовидной железе и/или метастазы в лимфоузлах шеи у 4 пациентов. При плановом гистологическом исследовании в щитовидной железе были обнаружены гранулемы на шовный материал, а в лимфоузлах – реактивное воспаление; 2) онкологически “неадекватная” первая операция у 5 больных. После гемитиреоидэктомии по поводу многофокусного папиллярного рака и медуллярного рака с метастазами в лимфоузлы шеи у 3 больных, после экзомной резекции одной доли ЩЖ при опухоли, прорастающей капсулу, у 2 больных.

У 3 пациентов показаниями к повторным операциям явились доброкачественные заболевания ЩЖ,

возникшие в тиреоидном остатке. При морфологическом исследовании у них обнаружили узловой зоб и узловую форму аутоиммунного тиреоидита.

Выводы. Рецидив РЩЖ наиболее часто выявляется в регионарных лимфоузлах, что связано с недостаточной информативностью дооперационного УЗИ и неполной ревизией во время операции зон

регионарного метастазирования. По нашим данным, рецидив в тиреоидном остатке развился лишь в 1,3 % случаев. Рецидив в ЩЖ возникал после резекции доли или органосохранной операции при многофокусной опухоли. Повторные лимфогенные метастазы наиболее часто выявлялись у больных РЩЖ

pT_3N1_{a-b} .

МОДИФИЦИРОВАННАЯ НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Н.А. Чертова, Е.Ф. Исламова

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, г. Ростов-на-Дону

Для уменьшения миелодепрессии при проведении неоадъювантной химиотерапии больных местно-распространенным раком слизистой оболочки органов полости рта и ротоглотки применен новый метод аутомиелоиммунотерапии (АМИТ). Метод заключается в экстракорпоральной обработке аутологических клеток костномозговой взвеси больного в объеме 100 мл иммуномодулятором миелопидом в дозе 30 мг в течение 24 ч с последующим введением их больному во второй день проведения химиотерапии.

С 1999 по 2003 г. в отделении опухолей головы и шеи РНИОИ проведено лечение 85 больным с III – IVA,B ст. рака слизистой оболочки органов полости рта и ротоглотки, которым первым этапом комплексного лечения проведен один курс химиотерапии по схеме: 1-й день – цисплатин 100 мг/м², 2-й день – метотрексат 50 мг/м², со 2-го по 6-й дни – 5-фторурацил 1000 мг/м². Из них 27 больным (I группа) химиотерапия дополнялась проведением АМИТ, 58 больных получали химиотерапию без АМИТ (II группа).

сти рта и ротоглотки.

При проведении химиотерапии негематологические осложнения встречались в обеих группах с одинаковой частотой. Гематологическая токсичность в I группе составила: анемия I–II степени у 3,7 %, лейкопения I–III степени у 33,3%. Во II группе анемия I–II степени отмечена у 27,6 %, лейкопения I–III степени у 53,4 % больных, что достоверно выше, чем в I группе. При этом отмечено, что непосредственные результаты лечения выше в I группе: объективный эффект составил 77,8 % (14,8 % полных и 63 % частичных регрессий), прогрессирования заболевания не было ни в одном случае. Во II группе 53,4 % объективных ответов (5,2 % полных и 48,2 % частичных регрессий), прогрессирование заболевания отмечено у 6,9 % больных.

Таким образом, новый метод АМИТ позволяет достоверно снизить частоту гематологических осложнений. Кроме того, было обнаружено повышение противоопухолевого эффекта химиотерапии при сочетании ее с АМИТ. Это позволяет рекомендовать применение метода АМИТ при проведении неоадъювантной химиотерапии больным местно-распространенным раком слизистой оболочки органов поло-

РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА СЛОЖНЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ

В.И. Чиссов, И.В. Решетов, С.А. Кравцов, А.К. Голубцов, О.В. Маторин,
А.П. Поляков, М.М. Филюшин, Ф.Е. Севрюков, М.В. Ратушный

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

Цель исследования. В результате радикального уда-