

ся объем оперативных вмешательств, врачи не владеют фасциально-футлярной лимфодиссекцией, при распространенных опухолях не выполняется резекция пораженных опухолью близлежащих органов (трахея, мышцы и т.д.). Многие хирурги не знают классификации злокачественных новообразований по системе TNM. Не выполняется необходимое предоперационное обследование при распространенных опухолях – бронхоскопия, эзофагоскопия, компьютерная томография. После подтверждения цитологическим исследованием рака щитовидной железы пациенты на консультацию к онкологу не направляются.

Среди злокачественных новообразований верхних дыхательных путей рак гортани занимает первое место в нашем крае (73 % от всех злокачественных новообразований верхних дыхательных путей). Основным критерием эффективности лечения больных раком гортани являются их выживаемость, медицинская и социальная реабилитация. Более ранняя диагностика раковых поражений гортани является предпосылкой к увеличению продолжительности жизни больных после лечения, увеличению показаний к органосохраняющим операциям, увеличению показаний для лечения таких больных только лучевыми методами, а следовательно, и расширению возможностей медицинской и социальной реабилитации больных. Однако удельный вес числа больных злокачественными новообразованиями гортани, взятых на учет с III–IV ст., в течение многих лет в крае составляет 65–70 %. Специализированная медицинская помощь по данной нозологии в нашем крае оказывается только в ГУЗ “Клинический онкологический диспансер”.

По нашим данным, 60–70 % больных раком гортани I–II ст. может быть излечено (используя последние разработки режимов облучения) без хирургического вмешательства. При противопоказаниях к проведению лучевой терапии лечение начинается с хирургического метода. В отделении опухолей головы и шеи лечение рака гортани проводится по стандартным схемам. Дистанционная гамма-терапия использует-

ся либо самостоятельно как радикальное, либо как паллиативное пособие, либо в качестве одного из этапов комбинированного лечения. Объем хирургического вмешательства определяется локализацией и распространенностью опухолевого процесса – от различных видов резекций до комбинированных ларингэктомий. С 2003 г. в отделении появился вид оперативного лечения, направленный на реабилитацию голосовой функции, в виде протезирования (трахеопищеводное шунтирование с протезированием). ТПШП в наших условиях проводится как одномоментно, так и отсроченно. В 2004 г. приобретены по программе медицинской реабилитации инвалидов медицинские материалы: протезы голосовые “Provox” в количестве 14 штук для установки и “Provox -2” в количестве 13 штук для замены. Из них в нашем отделении на данный момент установлено 7 голосовых протезов и 4 заменено (голосовые протезы устанавливаются у больных только при отсутствии хронических obstructивных заболеваний легких и верхних дыхательных путей). Заболеваемость раком гортани в нашем крае растет, поэтому все усилия должны быть направлены на профилактику, раннее выявление и лечение предраковых заболеваний гортани. Пациенты с предраковыми процессами в гортани находятся под диспансерным наблюдением в онкологическом диспансере и осматриваются отоларингологом-онкологом не реже трех раз в год. При обращении пациентов, как правило к терапевтам, с любыми изменениями голоса необходимо направление и обследование таких больных к врачам-отоларингологам. Только своевременная диспансеризация и лечение предраковых заболеваний гортани, ранняя диагностика рака гортани отоларингологами общей лечебной сети могут привести к изменению соотношения ларингэктомии к резекциям гортани в пользу последних. Это позволит повысить процент медицинской и социальной реабилитации (восстановление дыхательной, голосовой и защитной функций этого органа).

ПРОБЛЕМА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА КУБАНИ

А.Д. Гащенко

ГУЗ “Клинический онкологический диспансер” департамента здравоохранения Краснодарского края

Проблема рака щитовидной железы, самой распространенной опухоли среди злокачественных новооб-

разований органов эндокринной системы, становится все более актуальной для населения Краснодарского

края в связи с неуклонным ростом заболеваемости данной патологией. Анализ статистических данных свидетельствует не только о росте абсолютного числа заболевших злокачественными новообразованиями, но и преобладании среди них женщин. Рак щитовидной железы в 1999 г. вышел на 3-е место в структуре злокачественных новообразований среди женского населения. Стандартизованный показатель заболеваемости раком щитовидной железы среди всего населения вырос за последние 13 лет в 6,2 раза, женского населения – в 7 раз. Этот рост в основном связан с увеличением контингентов лиц старшего и преклонного возраста, с улучшением прижизненной диагностики рака, а также с истинным ростом заболеваемости, особенно в женской популяции.

Злокачественные опухоли щитовидной железы в Краснодарском крае выявлены в 2004 г. у 743 пациентов, из них 662 случая рака выявлено у женщин (89,1 % от общего числа пациентов). Отношение заболевших женщин к мужчинам составило в 2004 г. 8:1 (для сравнения – в 1991 г. было 5:1). Абсолютное число больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака щитовидной железы возросло с 1991 по 2004 г. на 619 человек (на 499,2 %). Интенсивный показатель заболеваемости раком щитовидной железы вырос за этот период в 6 раз и достиг в 2004 г. 14,6 на 100 тыс. населения. Среди женщин заболеваемость выросла за 10 лет в 7 раз и составила в 2004 г. 26,4 на 100 тыс. женского населения. На конец 2004 г. на учете у онкологов края состояло более 112 тыс. пациентов, из них под диспансерным наблюдением с диагнозом рак щитовидной железы находилось 6972 человека (6,2 % от общего количества населения, состоящего на учете). Для сравнения – в 1991 г. на учете состояло 1064 человека по поводу рака щитовидной железы, что составляло 1,4 %.

На территории Краснодарского края функционирует единственное узкоспециализированное онкологическое отделение для лечения опухолей головы и шеи в Государственном учреждении здравоохранения “Клинический онкологический диспансер” на 45 коек. Ежегодно лечение в этом отделении получают 1100–1250 человек, из них 30–35 % составляют больные раком щитовидной железы. Все прооперированные в ГУЗ “Клинический онкологический диспансер”

больные наблюдаются в последующем в диспансерно-поликлиническом отделении. В первые полгода после операции осмотр специалиста и обследование необходимо осуществлять через 1,5–2 мес, в следующие полгода – через каждые 3 мес, в последующем – 2 раза в год.

Исходя из многолетнего опыта в онкохирургии щитовидной железы, мы считаем, что при локализации опухоли в одной доле необходимым и достаточным объемом хирургической агрессии является гемитиреоидэктомия. При поражении патологическим процессом обеих долей выполняется тиреоидэктомия, так как оставляемая часть доли щитовидной железы часто является функционально несостоятельной для обеспечения требуемого количества гормонов в организме. При локализации опухоли в перешейке выполняется гемитиреоидэктомия с учетом лимфооттока из этой зоны. На путях лимфооттока профилактические операции в нашем отделении не проводятся. При манифестации регионарных метастазов выполняется фасциально-фулярная лимфодиссекция или, очень редко, операция Крайла. Необходимо заострить внимание на том, что выполнение различных парциальных лимфаденэктомий при метастатическом поражении лимфоузлов является абсолютно недопустимым. Это предполагает проведение операции на путях лимфооттока только и в специализированном отделении. При местно-распространенных опухолях проводятся расширенные экстирпации щитовидной железы с резекциями пораженных опухолью рядом расположенных органов.

Уровень осложнений после операций на щитовидной железе в нашем отделении составил в 2004 г. 3,1 %. В основном это парезы или параличи возвратных нервов – 90,6 % случаев всех осложнений, гипопаратиреоз – 4,7 %, некроз мягких тканей – 4,7 %. Частота рецидивов после операций при раке щитовидной железы, проведенных в нашем отделении, уменьшилась за последние 3 года на 28,3 %. Использование рациональной гормонотерапии позволило отметить достоверное снижение количества рецидивов при местно-распространенных формах высокодифференцированных опухолей после хирургического лечения. Начало приема тиреоидных гормонов в раннем послеоперационном периоде после тиреоидэктомии при диспансерном наблюдении приводит к очень редким проявлениям гипотиреоза.