

области. Исследование выполнялось на первичном этапе, а также после хирургического и/или химиолучевого лечения на компьютерном томографе NX/i (General Electric) срезами толщиной 3 мм. В последующем информацию обрабатывали на рабочей станции.

Результаты исследования. Трехмерные реконструкции позволили у всех первичных больных получить точное объемное изображение опухоли на фоне окружающих костных и мягкотканых структур. Проведение повторного исследования после хирургического лечения позволяло исключить наличие остаточ-

ной опухоли. Выполнение МСКТ после химиолучевого лечения способствовало точной динамической оценке изменения размеров и внутренней структуры опухоли.

Выводы. Трехмерные реконструкции, основанные на использовании метода МСКТ, позволяют точно оценить локализацию и распространенность процесса у больных опухолевыми заболеваниями лицевой области. Динамическое контрольное исследование после лечения позволяет точно оценить наличие остаточной опухоли, выявить рецидив заболевания, оценить изменение размеров и внутренней структуры опухоли на фоне проведенного химиолучевого лечения.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А.М. Сдвижков, Л.Г. Кожанов, В.П. Демидов

Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

Рак щитовидной железы по темпам годового прироста в последние годы опережает другие злокачественные новообразования. Лечение предрака и рака щитовидной железы, как показывает практика, занимаются онкологи, радиологи, хирурги и эндокринологи. Между тем до настоящего времени не разработаны алгоритмы диагностики и лечения рака и предрака щитовидной железы в силу особенности клинического течения заболеваний.

Материал и методы. Авторы располагают большим опытом диагностики и лечения указанной патологии (625 наблюдений) и предлагают стандартизированные подходы к решению спорных вопросов тиреоидологии. По данным авторов, тактическими ошибками в диагностике и лечении рака щитовидной железы были следующие: длительные наблюдения – 63 %, гормонотерапия без верификации диагноза – 37 %, в том числе неадекватное оперативное вмешательство – 38,7 %.

Установлены причины диагностических и лечебных ошибок: отсутствие онкологической настороженности и незнание особенностей клинического течения рака щитовидной железы; несоблюдение принципов обязательного полного обследования больного (гормональный профиль, сканирование щитовид-

ной железы, УЗИ с тонкоигольной аспирационной биопсией), планирование лечения осуществляется одним врачом, а не консилиумом специалистов.

Многофакторный анализ, проведенный авторами, позволил выделить важные прогностические факторы при раке щитовидной железы: пол, возраст, гистологическая структура опухоли, стадия заболевания. К группе высокого риска отнесены мужчины старше 45 лет с большой опухолью (T_3 , T_4) с отдаленными метастазами, со злокачественными опухолями низкой дифференцировки. Группу низкого риска и хорошего прогноза составляют женщины моложе 45 лет, страдающие папиллярным раком (T_1 , T_2). Прогностические факторы позволяют выбрать оптимальный план лечения.

Результаты. Основным методом лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы является адекватное хирургическое вмешательство (экстрафасциальная резекция, экстирпация), которое дает стойкий лечебный эффект в 95 % случаев в 10-летние сроки при низких факторах риска.

Выводы. Соблюдение принципов обязательного полного обследования и адекватного лечения позволяет получить стойкий лечебный эффект у больных высокодифференцированным раком щитовидной