

– 38 (24 %) человек. Папиллярно-фолликулярный рак был выявлен у 21 (13 %) больного. Следует заметить, что в 4 случаях раннего рака щитовидной железы был

обнаружен рак из С-клеток.

Субтотальные резекции щитовидной железы и тиреоидэктомии произведены соответственно у 23,7 и 7 % больных. Расширенный объем обусловлен

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА РОТОГЛОТКИ

А.Н. Рудык, Р.Г. Хамидуллин, В.А. Чернышев, А.Р. Уткузов

Клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань

мультицентричным ростом опухоли и развитием рака среди множественных узлов. У 108 (69 %) больных выполнены различные варианты гемитиреоидэктомии, наиболее адекватные в данном случае операции. Отдаленные результаты прослежены у 137 из 156 больных. Пациенты живы без клинически определяемого loco-регионарного рецидива и метастазов.

По данным литературы, заболеваемость злокачественными опухолями головы и шеи в России возрастает, и в структуре смертности населения в 2002 г. злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки стали причиной смерти у 4,6 % мужского населения. Особую актуальность имеет проблема лечения больных с распространенными формами рака ротоглотки, поскольку до настоящего времени в литературе нет единого мнения о преимуществах того или иного метода лечения данной патологии. Отдаленные результаты лечения больных раком ротоглотки неудовлетворительны и зависят от комплекса факторов (дифференцировка опухоли, распространенность процесса, локализация, методы лечения и др.). Трехлетняя выживаемость при химиолучевой терапии составляет 38–45 %, при лучевой терапии – 22–50 %.

Цель исследования. Сравнить показатели кумулятивной выживаемости и среднюю продолжительность жизни после лучевого и химиолучевого лечения больных раком ротоглотки с учетом стадии заболевания.

Материал и методы. Ретроспективно проведен анализ лечения 94 больных распространенным раком ротоглотки (III ст. – $T_3N_{0-1}M_0$, IV ст. – $T_4N_{0-3}M_0$), находившихся на лечении в Клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ с 1995 по 2004 г. Возраст больных 38–78 лет (средний возраст 59,5 года). Мужчин – 87, женщин – 7. В зависимости от проведенного лечения выделены 2 группы больных. В 1-ю группу вошли 46

пациентов, получивших только дистанционную лучевую терапию (ДЛТ), во 2-ю группу включены 48 больных, которым проведена химиолучевая терапия (ХЛТ).

Больным первой группы проводилась ДЛТ по стандартной методике традиционным фракционированием по 2 Гр/сут в два этапа. На первом этапе – на первичную опухоль и регионарные лимфатические узлы подводилось СОД 30–36 Гр, затем, спустя 2–4 нед, СПД доводилась до 60–66 Гр. Во второй группе лечение начинали с 1–2 курсов неoadъювантной ПХТ по стандартным схемам PF, PBF, PLvF. Затем два курса синхронной ХЛТ: 5FU 750 мг инфузия в течение 6 ч с 1-го по 5-й дни; Pt 30 мг, с 6-го по 8-й дни, одновременно с началом ДЛТ, по стандартной методике.

Показатели выживаемости и средней продолжительности жизни рассчитаны путем построения таблиц дожития моментным методом (Kaplan E.L., Meier P., 1958). Годичная выживаемость пациентов с III ст., получивших только ДЛТ (1-я группа), составила $75,8 \pm 9,8$ %, для пациентов 2-й группы (ХЛТ) – $80,8 \pm 8,08$ %. Показатели выживаемости по истечению 2-го года составили соответственно $35,9 \pm 12,6$ и $52,4 \pm 12,1$ %. К концу 3-го года наблюдения в 1-й группе были живы $21,5 \pm 10,7$ % больных, а во 2-й – $38,3 \pm 8,4$ %. 5-летняя выживаемость в первой группе составила $14,1 \pm 9,3$ % (1 больной), во второй группе – $30,6 \pm 9,5$ % (3 пациента). Разница показателей за все временные периоды статистически не достоверна ($p > 0,05$).

Годичная выживаемость для пациентов с IV ст. заболевания в первой группе составила $75,3 \pm 9,8$ %, для пациентов 2-й группы – $71,4 \pm 8,08$ %. Показатели выживаемости по истечению 2-го года составили $37,2 \pm 11,4$ и $39,5 \pm 11,5$ % соответственно. К концу 3-го года наблюдения были живы в 1-й группе $22,3 \pm 10,6$ % пациентов, а во 2-й группе – $24,3 \pm 11,0$ %. 5-летний рубеж

пережили лишь 2 пациента 1-й группы ($7,35 \pm 6,9\%$). Разница показателей за все временные периоды статистически не достоверна ($p > 0,05$).

Выводы. Средняя продолжительность жизни больных с III ст. рака ротоглотки после ХЛТ составила $39,4 \pm 7,1$ мес, а после ДЛТ – $26,1 \pm 5,1$ мес. При IV ст. заболевания средняя продолжительность жизни составила не более 30 мес и не зависела от метода лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

И.К. Румянцева, В.В. Старинский, В.И. Назаров, А.Б. Давыдов

*Тверской областной клинический онкологический
диспансер*

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва

Рак щитовидной железы становится все более актуальным объектом исследований. Это определяется увеличением показателей заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ). К сожалению, показатели одногодичной летальности таких больных не только стабильны, но имеют стойкую тенденцию к увеличению. Актуальность исследования эпидемиологии РЩЖ в Тверской области определена отсутствием данных её детального и сравнительного анализа.

Материалами исследования явились медицинские документы (Ф. № 27/У, № 090/У, 027–2/У) 1179 лиц,

поставленных на учет в Тверской области по поводу РЩЖ за период с 1994 по 2004 г. Показатели заболеваемости, смертности, одногодичной летальности рассчитаны по стандартным методам.

В результате исследований установлено, что заболеваемость РЩЖ за исследуемый период увеличилась от 2,6 до 11,3 на 100 тыс. населения. При этом заболеваемость РЩЖ женщин опережала заболеваемость РЩЖ мужчин более чем в два раза. Смертность от РЩЖ увеличилась от 0,5 до 1,1 на 100 тыс. населения. Увеличение смертности у мужчин и женщин было пропорционально. При сравнении с заболеваемостью РЩЖ в России можно констатировать опережение региональных показателей заболеваемости почти в два раза. При этом одногодичная летальность больных РЩЖ в регионе составила 1,9 %, что в 3,6 раза ниже одногодичной летальности от РЩЖ в России. На 2004 г. выявлено больных с I–II ст. – 87 %, с III–IV ст. – 13 %, с V ст. – 0,7 %, что для опухолей I–II ст. выше, а для III–IV ст. – ниже показателей России.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ФАСЦИАЛЬНО-ФУТЛЯРНОГО ИССЕЧЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э.В. Савенок, В.У. Савенок, Н.А. Огнерубов

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

III ст. – 12,3 %, IV ст. – 0,7 %, что для опухолей I–II ст. выше, а для III–IV ст. – ниже показателей России.

Таким образом, при неблагоприятной ситуации по заболеваемости РЩЖ в Тверской области можно отметить хорошие результаты своевременной диагностики РЩЖ. Этому способствовали популяризация скрининга РЩЖ и активная хирургическая позиция врачей.

Цель исследования. Разработать способ хирургического вмешательства на лимфатических путях шеи с возможностью выполнения органосохранных операций на щитовидной железе.

Материал и методы. Проанализированы результаты выполненных фасциально-футлярных иссечений лимфатических узлов и клетчатки шеи у 15 больных раком щитовидной железы.

Результаты исследования. Нами разработан оригинальный способ операции на лимфатических путях шеи (патент № 2241381 от 10.12.04). Операционный разрез кожи шеи делали по методу Кохера на 2–3 см выше верхнего края грудины. Со стороны выполнения лимфодиссекции разрез продолжали по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы до *pr. mastoideus*.