

- diverticular disease: is there a role for elective colectomy? // J. R. Coll. Surg. Edinb. — 2002. — Vol.47. — P.481-483.
55. Stock W., Hansen O., Graupe F. Colonic diverticulitis-therapy concepts from the surgical viewpoint // Langenbecks. Arch. Chir. Suppl. Kongressbd. — 1998. — Vol.115. — P.166-175.
 56. Tasaki M., Tsutsui Y., Maruyama R. A case of gas gangrene caused by colon diverticulitis with perforation into the retroperitoneal space // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. — 2002. — Vol.93. — P.758-819.
 57. Taviloglu K., Aydin E., Ertekin C. Our current approach in the treatment of sigmoid colon volvulus // Ulus. Travma. Derg. — 2002. — Vol.8. — P.102-109.
 58. Thorn M., Graf W., Stefansson T. et al. Clinical and functional results after elective colonic resection in 75 consecutive patients with diverticular disease // Am. J. Surg. — 2002. — Vol.183. — P.7-11.
 59. Tjandra J.J., Fazio V.W. Strictureplasty for ileocolic anastomotic strictures in Crohn's disease // Dis. Colon Rectum. — 1993. — Vol.36. — P.1099-1202.
 60. Ugenti I., De Ceglie A., Ferrarese F. et al. Hartmann's operation in acute perforated diverticulitis // Chir. Ital. — 1999. — Vol.51. — P.429-463.
 61. Vician M., Hrbaty B., Vrtik L. et al. Surgical treatment of acute diverticulitis of the large intestine // Rozhl. Chir. — 2000. — Vol.79. — P.275-283.
 62. Vyslouzil K., Unger R., Zmrzlik P. Colon diverticular disease as cause of acute abdominal cases // Acta. Univ. Palacki. Olomuc. Fac. Med. — 1993. — Vol.135. — P.75-81.
 63. Yamamoto T., Keighley M.R. Long-term results of strictureplasty for ileocolonic anastomotic recurrence in Crohn's disease // J. Gastrointest. Surg. — 1999. — Vol.3. — P.555-615.
 64. Zeitoun G., Laurent A., Rouffet F. et al. Multicentre, randomized clinical trial of primary versus secondary sigmoid resection in generalized peritonitis complicating sigmoid diverticulitis // Br. J. Surg. — 2000. — Vol.87. — P.1366-1440.

© ПИНСКИЙ С.Б., ДВОРНИЧЕНКО В.В., БЕЛОБОРОДОВ В.А. —

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ: ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (сообщение 4)

С.Б. Пинский, В.В. Дворниченко, В.А. Белобородов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский, кафедра онкологии, зав. — д.м.н. В.В. Дворниченко)

Резюме. В 1999 г. авторами настоящей статьи изданы две монографии «Опухоли щитовидной железы» и «Редкие опухоли и заболевания щитовидной железы», в которых освещены литературные и собственные данные по этой проблеме. В настоящей работе приводятся современные преимущественно отечественные литературные данные о диагностике и выборе метода лечения злокачественных новообразований щитовидной железы, опубликованные после 2000 г.

Ключевые слова. Злокачественные новообразования, щитовидная железа, хирургия.

В структуре злокачественных опухолей различной локализации рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет 0,4-3% [47]. За последнее десятилетие в России и во многих странах мира заболеваемость РЩЖ возросла в 1,5-2,0 раза [2,7,31,48,53]. Если в 1985 г. показатель заболеваемости РЩЖ по России составлял 1,7, то в 2002 г. — 5,8 на 100 000 населения [38]. Динамика заболеваемости РЩЖ выдвинула эту патологию в России на первое место по рейтингу среднегодового темпа прироста на период с 1991 по 2000 гг. [42]. В США только в 2000 г. выявлено 18 000 новых случаев РЩЖ [51]. Однако рост заболеваемости РЩЖ в различных регионах России не одинаков. В Воронежской области заболеваемость РЩЖ на 100 000 населения выросла с 2,5 (1991 г.) до 6,0 (2001), в Ярославской области за это же время соответственно с 3,2 до 6,1 [1,28]. В Саратовской области частота РЩЖ за 10 лет возросла с 4,1 до 10,1 на 100 000 населения [35]. В Иркутской области она повысилась с 2,7 до 6,7 на 100 000 населения.

Приводимые данные по многим регионам России о частоте РЩЖ среди оперированных больных по поводу различных заболеваний ЩЖ весьма противоречивы и не дают истинного представления о заболеваемости. Это обусловлено и тем, что в России хирургическое лечение РЩЖ проводится не только в специализированных онкологических отделениях, но и в эндокринологических центрах и хирургических стационарах общей сети. Этим объясняются и определенные расхождения в выборе объема и характера хирургического вмешательства и послеоперационной терапии между хирургами-эндокринологами и онкологами. Следует отметить, что в онкологических учреждениях значительно чаще, чем в общехирургических отделениях, госпита-

лизируются больные с высокой вероятностью наличия злокачественной опухоли ЩЖ, что увеличивает их процент среди узловых образований ЩЖ, а также чаще оперируются больные с III-IV стадией заболевания [3]. В последние 5 лет в результате разработанной и согласованной между хирургами-эндокринологами и онкологами Иркутской области концепции все больные с верифицированными на доклиническом этапе РЩЖ и высокой его вероятностью подлежат оперативному лечению в областном онкологическом диспансере. В связи с этим за эти годы в онкологическом диспансере РЩЖ среди оперированных больных по поводу узловых образований ЩЖ составил 25-30%, а в областном центре эндокринной хирургии снизился с 10-13% до 2-3%.

В последние годы в росте заболеваемости РЩЖ, наряду с генетической предрасположенностью, особое значение придается влиянию ионизирующего излучения, особенно в детском возрасте. В результате аварии на Чернобыльской АЭС в России пострадали Орловская, Брянская, Калужская, Тульская и Рязанская области, у жителей которых отмечен резкий рост заболеваемости РЩЖ. К настоящему времени в Украине подтверждено достоверное увеличение больных детского и подросткового возраста с папиллярным РЩЖ, как следствие радиационного воздействия после Чернобыльской катастрофы. Минимальный латентный период между облучением и развитием опухоли составил 3-4 года (аналогичный срок отмечен после атомной бомбардировки в Японии). Длительность периода, в течение которого имеется риск развития радиационно индуцированного РЩЖ, окончательно не установлена. Считается, что пик заболеваемости возможен через 15-20 лет после облучения [16,48].

В настоящее время доказанным этиологическим фактором развития РЩЖ у детей считается наследственность [36,41,45].

РЩЖ часто выявляется на фоне зобно-измененной тиреоидной ткани, особенно в пожилом возрасте. Среди аденом ЩЖ рак выявляется в 7-15% наблюдений [21,30,47], узлового и многоузлового коллоидного зоба – в 30-50% [2,4,19,31,42], диффузного токсического зоба – в 3-5% [13,31,47], в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом – в 10-42% [13,27,44].

И до настоящего времени многие хирурги отводят узловому зобу роль облигатного предрака и тем оправдывают раннее хирургическое лечение [10,19]. В то же время, хирургическое лечение любого «узлового зоба», как профилактику РЩЖ, нецелесообразно [8,30,42]. Согласно клиническим рекомендациям Российской Ассоциации эндокринологов (2004), патологическое и прогностическое значение узлового зоба сводится к небольшому риску того, что узловые образования являются злокачественной опухолью ЩЖ (2-5%), в связи с чем в большинстве случаев активное хирургическое и медикаментозное вмешательство при узловом (многоузловом) коллоидном зобе не является обязательным, предпочтение отдается динамическому наблюдению.

Рост заболеваемости обусловлен и улучшением ранней диагностики РЩЖ. Активный ультразвуковой скрининг ЩЖ позволил значительно повысить выявляемость РЩЖ по сравнению со статистикой, основанной на обращаемости [29].

Различают эпителиальные (рак) и неэпителиальные опухоли ЩЖ. Последние составляют 1-4% от всех злокачественных опухолей ЩЖ [32]. Среди эпителиальных опухолей различают папиллярный, фолликулярный, медуллярный, недифференцированный и плоскоклеточный РЩЖ. Папиллярный рак является самой распространенной формой, составляет 50-70% всех РЩЖ (среди радиоиндуцированных опухолей – 90%). Фолликулярный рак встречается у 20-30% больных РЩЖ, преимущественно у женщин старше 55 лет. Медуллярный рак возникает из С-клеток, наблюдается в 3-10%, характеризуется гормональной активностью, протекает медленно и часто метастазирует (40-70%). Различают спорадические (70-90%) и семейные (10-30%) формы медуллярного рака, последние в виде изолированного поражения ЩЖ или в рамках МЭН-синдрома. Недифференцированный РЩЖ встречается в 5-10% случаев, поражает преимущественно людей пожилого и старческого возраста, отличается быстрым ростом и крайне неблагоприятным прогнозом.

В связи с увеличением частоты РЩЖ возрастает значение классификации, позволяющей достоверно сравнить результаты исследований, единую трактовку клиники, определить выбор адекватного оперативного лечения. В разные годы было предложено много классификаций опухолей ЩЖ, в основу которых были заложены различные критерии – патогенетические, морфологические, гистогенетические и др. В России и до настоящего времени используется классификация, ответственность которой выделяют 4 стадии:

I стадия - одиночная опухоль, не прорастающая в капсулу, без деформации и ограничения смещаемости железы, регионарные метастазы не определяются.

II - одиночная или множественные опухоли в ЩЖ,

вызывающие ее деформацию, без прорастания капсулы, без наличия регионарных метастазов (2А) или с наличием смещаемых регионарных метастазов на стороне поражения (2Б).

III - опухоль прорастает капсулу, смещаемость железы ограничена, может отмечаться сдавление трахеи, пищевода, возвратных нервов (3А), либо с двусторонними или контралатеральными регионарными метастазами (3Б).

IV - опухоль прорастает в окружающие ткани и органы с несмещаемыми регионарными или отдаленными метастазами.

В 2003 г. Комитетом международного противоракового союза опубликовано шестое издание клинической классификации по системе TNM, которая применима только для РЩЖ [14]. Приводим эту классификацию с некоторыми сокращениями.

T – первичная опухоль:

T1 – опухоль до 2 см, ограниченная тканью ЩЖ;

T2 – опухоль до 4 см, ограниченная тканью ЩЖ;

T3 – опухоль более 4 см, ограниченная тканью ЩЖ или любая опухоль с минимальным распространением за пределы капсулы;

T4a – опухоль прорастает капсулу ЩЖ и распространяется на любую из следующих структур: подкожные мягкие ткани, гортань, трахею, пищевод, возвратный нерв;

T4b – опухоль распространяется на предпозвоночную фасцию, сосуды средостения или оболочку сонной артерии.

Все недифференцированные карциномы классифицируются как T4.

N – регионарные лимфатические узлы:

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 – имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами;

N1a – метастазы в лимфатических узлах 4 уровня (претрахеальные и паратрахеальные);

N1b – поражены метастазами другие шейные лимфатические узлы на одной стороне, или с обеих сторон, или на противоположной стороне, верхние/передние медиастинальные.

M – отдаленные метастазы.

Установление доброкачественного или злокачественного характера узлового образования ЩЖ является ключевым вопросом при проведении диагностических мероприятий. Однако проблема ранней диагностики РЩЖ остается нерешенной.

На ранних стадиях РЩЖ характеризуется скудной клинической симптоматикой. Длительное развитие высокодифференцированных форм РЩЖ часто имеет бессимптомное течение. Клинические проявления в основном связаны с наличием чаще плотного, безболезненного узла на шее. Если РЩЖ развивается на фоне зоба, нередко отмечается ускорение темпов его роста и уплотнение. Особое внимание заслуживают микрокарциномы ЩЖ («скрытая» форма), которые долгие годы могут ничем себя не проявлять и вместе с тем непредсказуемые в течении. Множественные очаги (многофокусный) РЩЖ, который встречается от 4,7 до 61% [7,31,46], чаще развивается в неизмененной ЩЖ и также отличается скудной клинической симптоматикой.

Нередко первым проявлением заболевания, особен-

но в детском возрасте, могут быть регионарные или отдалённые метастазы. Наличие метастазов к моменту установления диагноза по данным различных авторов наблюдается в 10–80% у больных с дифференцированным РЩЖ [5, 16, 20, 27, 41, 46]. Установлено наличие корреляции между размером папиллярной опухоли и наличием метастазов в лимфатических узлах, что может служить важным прогностическим фактором при папиллярном РЩЖ [26]. Большинство авторов отмечает у детей более высокую лимфоинвазивность при высокодифференцированном РЩЖ [27, 41]. По данным П.О. Румянцева (2004), до 65% детей и подростков с папиллярным РЩЖ поступают в клинику с метастазами в лимфоузлы шеи, которые в половине случаев могут быть двухсторонними. У детей чаще, чем у взрослых отмечается мультицентричный характер роста опухоли и интрапериоидное метастазирование [27].

Такие проявления как осиплость голоса, дисфагия, одышка, кашель свидетельствуют о распространении процесса за пределы ЩЖ и относятся к поздней симптоматике.

Основным направлением диагностики и выбора лечебной тактики при узловых образованиях ЩЖ является исключение злокачественной опухоли. И до настоящего времени самым распространённым методом визуализации является ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ и регионарных лимфоузлов. Благодаря доступности, неинвазивности, определенной информативности, возможности многократного применения, УЗИ считается первоочередным после физикального метода исследования. Оно позволяет выявить непальпируемые узловые образования в ЩЖ до 2–3 мм, которые не имеют клинических проявлений и практически не доступны визуализации и пальпации.

Однако УЗИ не позволяет установить морфологическую структуру образования и в целом его точность не превышает 77% [42]. Использование комплекса ультразвуковых методик, включающих УЗИ в режиме серой шкалы, цветное доплеровское картирование, энергетическое картирование, трехмерную реконструкцию изображения (ультразвуковая томография) существенно улучшают диагностические возможности метода в распознавании особенно «скрытых» форм РЩЖ и непальпируемых метастазов в регионарные лимфоузлы [4, 31, 43, 52].

Одним из наиболее важных методов в диагностике РЩЖ остается тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) под контролем УЗИ с цитологическим исследованием мазков. Она показана при наличии узлового образования в ЩЖ размером более 1–1,5 см [47]. Диагностическая ценность пункционной биопсии при РЩЖ по данным различных авторов составляет от 20% до 70% [12, 31, 52]. При цитологическом исследовании особые трудности возникают в дифференциальной диагностике между фолликулярной аденомой и высокодифференцированным фолликулярным РЩЖ [17, 25, 42]. Ошибки цитологического исследования отмечаются в 10–60% и чаще обусловлены получением нерепрезентативного материала, недостаточным опытом цитолога. Большинство авторов с сомнением относятся к диагностической значимости трепанобиопсии и её безопасности при РЩЖ. Срочное цитологическое исследование используется и во время операции [12, 23].

Основными методами диагностики метастазов РЩЖ является УЗИ, ТАПБ и скintiграфия с 131 I. Однако остается высоким процент получения неинформативного материала при ТАПБ и низкая клиническая эффективность УЗИ. Предлагается использовать биопсию югулярных лимфатических узлов у больных с дифференцированными формами РЩЖ без клинических признаков регионарного метастазирования, что позволяет в 70% наблюдений избежать необоснованной профилактической лимфаденэктомии при оперативном вмешательстве [23]. В.А. Голдобин и соавт. (2004) для выявления метастазов в лимфатические узлы шеи отметили высокую информативность определения содержания тиреоглобулина в смыве из иглы после пункции лимфатических узлов. П.С. Ветшев и соавт. (2004) отметили высокую эффективность интраоперационной лазерной аутофлуоресцентной спектроскопии в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных заболеваний ЩЖ.

Диагностическая программа при РЩЖ по показаниям включает сканирование или скintiграфию ЩЖ, определение гормонального статуса и наличия ракового эмбрионального антигена, рентгенологические методы, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, иммунологические исследования и др. Однако данные об их дифференциально-диагностической значимости весьма противоречивы и неоднозначны.

В последнее десятилетие за рубежом, особенно американские хирурги, при выборе лечебного подхода, в том числе объёма оперативного вмешательства при РЩЖ, придают важное значение прогностическим факторам, выделяя среди больных группы «высокого» и «низкого» риска. Разработаны и применяются в клинической практике ряд прогностических систем, отличающихся характером учитываемых факторов.

Hay I.D. et al. (1993) была предложена прогностическая система AGES, основанная на показателях возраста (Age), гистологических характеристик (Grade), распространенности (Extent) и размера первичного очага (Size). Через 20 лет по этой системе летальность для групп низкого и высокого риска оказалась равной 1% и 36,4% соответственно. В последующем авторами представлена новая прогностическая схема «MACIS», основанная на анализе 1779 больных папиллярным РЩЖ, которая включала наличие метастазов (Metastasis), возраста (Age), полноту удаления первичной опухоли (Completeness of initial tumor resection) и размер опухоли (Size). В группе больных низкого риска летальность через 25, 30 и 40 лет составила 0,9%, 1,7% и 2,2% соответственно, а для группы высокого риска — 34,6%, 37% и 37% соответственно [46].

Прогностическая схема AMES, основанная на критериях возраста (Age), наличия метастазов (Metastasis), экстрапериоидной инвазии (Extrathyroid invasion) и размеров первичного очага (Size), подразделяет больных на группу низкого риска с летальностью через 20 лет, равной 1,1%, и группу высокого риска с летальностью 38,9% [54].

J.P. Shan (1992, 2003) представил результаты анализа 1000 наблюдений РЩЖ, основанных на следующих прогностических факторах: возраста, пола, размера первичной опухоли, гистологического варианта, степени местного распространения и наличия отдаленных метастазов. Отмечена выше выживаемость среди больных

моложе 45 лет, выживаемость ухудшается по мере увеличения размеров первичной опухоли и экстрагортной её распространённости. Наличие регионарных метастазов в шейных лимфоузлах не оказывает влияния на прогноз.

А.Р. Schaha (1995, 2003) делит прогностические факторы на: связанные с пациентами и связанные с опухолью. Пациенты были распределены на группы низкого, промежуточного и высокого риска. Показатели выживаемости в группах низкого, промежуточного и высокого риска составили 99%, 87% и 57% соответственно.

Стандартное лечение больных РЩЖ заключается в выполнении адекватного хирургического вмешательства, радиоiodтерапии и пожизненной заместительной или супрессивной гормонотерапии. Однако, вопрос о выборе объёма оперативного вмешательства на ЩЖ при тиреоидной карциноме дискутируется и до настоящего времени.

Сегодня всеми признано, что такие вмешательства, как энуклеация узла и резекция доли ЩЖ при злокачественных опухолях, должны быть оставлены.

В отношении дифференцированного РЩЖ в последнее десятилетие четко обозначились две концепции: радикальное лечение, которое включает экстрафасциальную тиреоидэктомию, использование радиоактивного йода и ТТГ-супрессивную терапию, и традиционная, предусматривающая преимущественно проведение органосохраняющих операций (гемитиреоидэктомия с удалением перешейка или экстрафасциальная субтотальная резекция ЩЖ с центральной лимфаденэктомией).

Ряд авторов считают методом выбора в лечении всех форм РЩЖ, в том числе и дифференцированных, экстрафасциальную тиреоидэктомию [15,24,49]. Всё же большинство хирургов, особенно зарубежных, считают показанной тиреоидэктомию у больных с опухолями «высокого риска» (недифференцированная и медулярная карцинома, поражение обеих долей, наличие отдаленных метастазов, экстрагортное распространение опухоли, массивное поражение лимфатических узлов) для возможности использования радиоактивного йода [33,50,51].

Показанием для органосохраняющих операций являются дифференцированные формы рака, расположенные в пределах одной доли ЩЖ, унифокальная папиллярной карциноме до 1 см в диаметре, пациентам из группы «низкого риска», отсутствие регионарных и отдаленных метастазов [5,18,23,38,41,52].

По мнению А.Ф. Романчишена (2004) при дифференцированном РЩЖ гемитиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией вполне адекватны (особенно в странах с ограниченно доступной радиоiodтерапией, к каковым относится Россия). Московский НИИ детской онкологии рекомендует у детей органосохраняющую операцию на ЩЖ при первичном диагностированном фолликулярном раке, ограниченном тканью ЩЖ и при монофокусной папиллярной опухоли размером не более 1 см. Во всех остальных случаях РЩЖ должна быть проведена тиреоидэктомия [33].

При медулярном РЩЖ большинство хирургов считают единственным радикальным хирургическим вмешательством — тиреоидэктомию [21,33,41,51]. Существует мнение и о возможности дифференцированного подхода к объёму операции при медулярном РЩЖ: при размерах опухолевого очага до 4 см, лимфатичес-

ких узлах предлагается выполнение органосберегательной операции [6,39].

При местно распространенном РЩЖ с прорастанием гортани, трахеи и пищевода расширенные операции часто невозможны и они, как правило, носят паллиативный характер. В этих случаях В.А. Привалов и соавт. (2004) предлагают использовать метод лазерного воздействия — лазероиндуцированную интерстициальную термотерапию и лазерную фотодинамическую терапию.

В Московском НИИ онкологии им. П.А. Герцена в последние годы стали применять эндоскопическую технологию при опухолях ЩЖ с метастазами в переднее средостение — видеоассистированную лимфодиссекцию в верхнем средостении с последующим хирургическим вмешательством — тиреоидэктомией [38]. В Российском ОНЦ им. Н.Н. Блохина в этих случаях операцию начинают со стернотомии, медиастинальной лимфодиссекции и завершают тиреоидэктомией. При поражении трахеи и/или гортани производится резекция колец трахеи с одномоментной пластикой или ларингэктомией [34].

Частота и характер осложнений после оперативных вмешательств при РЩЖ находятся в прямой зависимости от объёма операции и обратно пропорциональна опыту хирурга. Основными осложнениями являются гипопаратиреоз и повреждения возвратных нервов, частота которых колеблется по данным различных авторов от 4% до 10% и от 5% до 14% соответственно [5,11,15,20,31].

Вопрос о послеоперационной терапии радиоактивным йодом остается противоречивым. У больных с «низким» риском радиоiodтерапия вряд ли обоснована [51]. Большинство зарубежных хирургов считают необходимым после тиреоидэктомии проводить терапию радиоiodом с целью послеоперационной абляции остатков тиреоидной ткани, уменьшения вероятности развития рецидива и лечения метастазов. По мнению П.О. Румянцева и соавт. (2004), всем детям и подросткам, которым выполнена тиреоидэктомия, через 4–6 недель необходимо проводить курс радиоiodтерапии.

Лучевая терапия в виде дистанционного облучения и химиотерапия в основном показаны при недифференцированном РЩЖ [11,48,51].

При дифференцированных формах РЩЖ оперированные больные нуждаются в пожизненной ТТГ-супрессивной и заместительной гормонотерапии под контролем уровня тиреоглобулина в качестве маркера рецидива заболевания [24,41,47,48].

Важной проблемой в хирургии РЩЖ являются рецидивы заболевания, частота которых по данным различных авторов весьма вариабельна — от 7% до 40%. Вероятность рецидива в два раза выше при инвазивном характере роста в отличие от инкапсулированных опухолей [20]. По мнению И.В. Комиссаренко и соавт. (2003) выполнение первичной тиреоидэктомии в 3,2 раза снижает риск развития рецидива по сравнению с органосохраняющими операциями.

Прогноз при РЩЖ зависит от таких факторов, как возраст и пол больного, клиническая стадия, гистологическая форма, распространенность первичной опухоли и наличие метастазов. Уровень смертности от РЩЖ начинает расти после 40 лет и значительно увеличивается после 60 лет. У пациентов до 40 лет она составляет 3,4%, 41–60 лет — до 6,9%, старше 60 лет — 24,4%

[15]. По данным клиники Мейо через 10 лет после адекватно выполненной операции при I, II, III и IV стадиях заболевания летальность была соответственно 0,4%, 2%, 12,6% и 88,4% [46]. Согласно данным канцер-регистра США, из 53856 оперированных больных 10-летние показатели выживаемости при папиллярном, фолликулярном, Гюртле-клеточном, медулярном и недифференцированном РЩЖ составили 93%, 85%, 76%, 75% и

14% соответственно. При этом показатели выживаемости при папиллярном и фолликулярном РЩЖ не зависели от объема хирургического вмешательства [51]. По мнению большинства хирургов и онкологов, лучшие результаты дают тиреоидэктомия с последующей радиойодтерапией и гормональным лечением по сравнению только с хирургическим вмешательством и гормональной терапией [47].

DISPUTABLE QUESTIONS AND PERSPECTIVE TRENDS IN ENDOCRINE SURGERY: MALIGNANT NEOPLASMS OF THYROID GLAND

S.B. Pinsky, V.V. Dvornichenko, V.A. Beloborodov
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Institute for Medical Advanced Studies)

In 1999 year the authors published two monographies «Tumors of Thyroid Gland» and «Rare tumors and diseases of thyroid gland», in which the literary and own data on this problem were discussed. At present work the modern and mainly home literary data on diagnosis and choice of treatment method of malignant neoplasms of thyroid gland, published after 2000 year, are presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Ю.К., Агамов А.Г., Луппов В.И. Многоузловой зоб и рак щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Смоленск, 2002. — С.7.
2. Аристархов В.Г., Кириллов Ю.Б., Аристархов Р.В. и др. Радиоиндуцированная патология щитовидной железы в Рязанской области // XI (XIII) Росс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.80-81.
3. Аристархов В.Г., Куликов Е.П., Гадзыра А.Н., Аристархов Р.В. Отдаленные результаты у больных, оперированных по поводу рака щитовидной железы // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.80-81.
4. Артемова А.М. Ультразвуковое исследование: двухмерная томография, цветовое картирование, энергетический доплер и трехмерная реконструкция изображений в диагностике узлового зоба // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.31-35.
5. Бржезовский В.Ж., Шенталь В.В., Любаев В.Л. Современная стратегия лечения рака щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Смоленск, 2002. — С.75-77.
6. Бржезовский В.Ж., Любаев В.Л., Пачес А.И., Самасундарян С.М. К вопросу об объеме операции при первичном опухолевом очаге при медулярном раке щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — СПб., 2003. — Т. 1. — С.42-44.
7. Буторин А.С., Привалов В.А., Кулаев И.А., Осипов С.В. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения многофокусного рака щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Ярославль, 2004. — С.49-51.
8. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. — СПб., 2-е изд., 2001. — 416 с.
9. Ветшев П.С., Харнас С.С., Лоцанов В.Б. и др. Возможности совершенствования интраоперационной диагностики заболеваний щитовидной железы // Хирургия. — 2001. — № 12. — С.4-10.
10. Галкин Р.А., Письменный В.И., Осоки О.В., Кудинов Н.Н. О раке щитовидной железы после радикальных операций // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Ярославль, 2004. — С.81-82.
11. Дolidze Д.Д., Мумладзе Р.Б., Марков С.Б., Зайцев С.В. Особенности лечения больных раком щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Челябинск, 2000. — С.132-138.
12. Еришова Г.И. Пути улучшения диагностики рака щитовидной железы // Хирургия. — 2004. — №12. — С.47-49.
13. Зинкевич О.И., Кудинов В.И., Зинкевич И.В. Опыт хирургического лечения рака щитовидной железы, развившегося на фоне аутоиммунного тиреоидита // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — СПб., 2003. — Т. 1. — С.106-109.
14. Классификация злокачественных опухолей. — 6-е изд., «Эскулап», 2003.
15. Комисаренко И.В., Рыбаков С.И., Коваленко А.Е., Омельчук А.В. Хирургическое лечение рака щитовидной железы в Украине после аварии на Чернобыльской АЭС // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.66-72.
16. Комисаренко И.В., Рыбаков С.И., Коваленко А.Е., Омельчук А.В. Клиническая характеристика папиллярного рака щитовидной железы у детей, подростков Украины и хирургическая тактика лечения // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Ярославль, 2004. — С.148-150.
17. Кондратьева Т.Т. Тонко-игольная аспирационная гистология в диагностике узловых образований щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — СПб., 2003. — Т. 1. — С.124-127.
18. Кононенко С.Н. Ранняя диагностика и дифференцированное лечение рака щитовидной железы // Хирургия. — 2000. — № 3. — С.38-41.
19. Кочергина И.И., Алексеева Е.А. Частота рака щитовидной железы у пациентов с узловым зобом // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.175-176.
20. Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э., Гарбузов П.И. Рак щитовидной железы: современные аспекты // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.73-85.
21. Ланцов Д.С. Узловой зоб в сочетании с микрокарциномой щитовидной железы // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.187.
22. Ли С.Л. Узловой зоб: клиническое обследование и лечение в США // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т. 1. — С.90-99.
23. Липская Е.В., Романчишен А.Ф. Хирургическое лечение больных дифференцированной карциномой щитовидной железе // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — СПб., 2003. — Т. 1. — С.143-146.
24. Маргулеф Д. Радионуклиды в диагностике и лечении тиреоидных расстройств // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.19-20.
25. Матвеева З.С., Романчишен А.Ф. Сравнение результатов тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы и гистологического исследования // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — СПб., 2003. — Т. 1. — С.151-152.
26. Ногуши Ш. Влияние метастазов на прогноз при папиллярном раке щитовидной железе // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.103-111.
27. Осипов С.В., Привалов В.А., Яйцев С.В. и др. Особенности клинического течения и отдаленные результаты хирургического лечения рака щитовидной железы у детей и подростков // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Смоленск, 2002. — С.280-282.
28. Пархоменко Ю.А., Сорокин А.Р., Струкова О.Н., Струков Д.А. Динамика патологии щитовидной железы в Воронежской области // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Смоленск, 2002. — С.294-295.
29. Паришин В.С., Пархова Н.П., Тарасова Г.П., Агапитов Ю.Н. Информативность ультразвукового скрининга в диагностике рака щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Ярославль, 2004. — С.194-200.
30. Петров В.Г., Неладзе А.А., Александрова Е.А., Зайцев Е.Ю. К вопросу о быстроте роста узла щитовидной железы, как признаку его принадлежности к онкопатологии // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.234-235.
31. Пинский С.Б., Дворниченко В.В., Белобородов В.А. Опухоли щитовидной железы. — Иркутск, 1999. — 320 с.
32. Пинский С.Б., Калинин А.П., Белобородов В.А., Кругляков И.М., Дворниченко В.В. Редкие опухоли и заболевания щитовидной железы. — Иркутск, 1999. — 207 с.
33. Поляков В.Г., Шишков Р.В., Павловская А.И. Повторные оперативные вмешательства при раке щитовидной железы у детей // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.119-121.

34. Поткова Л.П. Местно-распространенный рак щитовидной железы: комплексная диагностика и варианты хирургического лечения // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.238-239.
35. Попова В.Г., Радионова Т.И. Эпидемиология, ранняя диагностика рака щитовидной железы в Саратовской области // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.242-243.
36. Привалов В.А., Яйцев С.В. Влияние техногенных факторов на заболеваемость раком щитовидной железы // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.122-129.
37. Привалов В.А., Селиверстов О.В., Кочнева Е.В. и др. Лазерные технологии в лечении местнораспространенного рака щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Ярославль, 2004. — С.207-209.
38. Реицтов И.В., Ольшанский В.О., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению рака щитовидной железы // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.63-65.
39. Романчищен А.Ф., Лисовская О.В., Колосок В.А. Медулярный рак щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — СПб., 2003. — Т.1. — С.201-203.
40. Романчищен А.Ф. Актуальные вопросы эндокринной хирургии // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.36-42.
41. Румянцев П.О., Ильин А.А., Румянцева У.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению рака щитовидной железы у детей и подростков // Диагностика и лечение узлового зоба. — М., 2004. — С.49-50.
42. Сдвижков А.М., Демидов В.П., Касаткин Ю.Н. Спорные и нерешенные вопросы в диагностике и лечении предрака и рака щитовидной железы // Российский онкологический журнал. — 2004. — № 5. — С.15-21.
43. Сенца А.Н., Александров Ю.К., Агапитов Ю.М., Белов И.Е. Возможности ультразвукового исследования в диагностике рака щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — СПб., 2003. — Т.1. — С.207-210.
44. Сычев М.Д., Хвостовой В.В., Мясников А.Д. Онкологические аспекты аутоиммунного тиреоидита в регионе Курской магнитной аномалии // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Смоленск, 2002. — С.394-395.
45. Фадада Г. Воздействие ионизирующей радиации на щитовидную железу // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.168-172.
46. Хей Я.Д. Папиллярный рак щитовидной железы: клинические проявления, рецидивы и прогноз // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.190-196.
47. Хирургическая эндокринология (руководство) / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. — СПб.: «Питер», 2004. — 960 с.
48. Хирургия органов эндокринной системы / Под ред. М.Ф. Заривчацкого, О.П. Богатырева. — Пермь-М., 2004. — 240 с.
49. Черенько С.М., Горобейко М.Б., Паламарчук В.А. Развитие современных медицинских технологий как аргумент в пользу широкого внедрения радикального комбинированного лечения дифференцированного рака щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — СПб., 2003. — Т.1. — С.233-236.
50. Шах Дж.П. Органосохраняющий хирургический подход при раке щитовидной железы // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.206-209.
51. Шаха А.Р. Объем хирургического вмешательства при раке щитовидной железы // XI (XIII) Российс. симпозиум по хирургич. эндокринологии. — СПб., 2003. — Лекции, Т.1. — С.210-216.
52. Шулутко А.М., Семков В.И., Иванова Н.А. и др. Ультразвуковые методы исследования и пункционная биопсия в диагностике узловых образований щитовидной железы // Хирургия. — 2002. — № 5. — С.7-12.
53. Яйцев С.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика, пути профилактики и прогнозирования рака щитовидной железы: Дисс....д-ра мед. наук. — Челябинск, 2000. — 264 с.
54. Cady B., Rossi R. An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma // Surgery. — 1988. — Vol. 104. — P.947-953.

© АЮШИЕВА С.Ц., СИЗЫХ Т.П. —

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕПАТИТА

С.Ц. Аюшиева, Т.П. Сизых

(Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН, г. Улан-Удэ, директор — проф. В.М. Корсунов, РКБ им. Н.А.Семашко, гл. врач — М.П. Рябов)

Резюме. Представлен обзор литературы по современным воззрениям на этиологию, классификацию, клинику, диагностику и лечению хронических гепатитов.

Ключевые слова. Хронические гепатиты, научный обзор.

Во всем мире заболевания печени занимают существенное место среди причин нетрудоспособности и смертности. Более того, отмечается тенденция к росту общей заболеваемости среди населения, в частности, острым вирусным гепатитом, которым ежегодно заболевает не менее одного миллиона жителей земного шара. Увеличивается число больных хроническими поражениями печени, которые распространены преимущественно у людей работоспособного возраста [19,22, 24].

Потребность в лекарственной коррекции нарушенных функций органов гепатобилиарной системы в настоящий момент ощущается наиболее остро. Воздействии неблагоприятных экологических факторов, стрессовые ситуации, применение некоторых лекарственных препаратов неизбежно приводят к нарушению функциональной активности печени. В настоящее время токсические поражения печени занимают 2-3% от общего числа заболеваний гепатобилиарной системы [18,31].

В связи с этим, оправдан значительный интерес исследователей к использованию различных средств, способных предупредить и корригировать патологические изменения в гепатобилиарной системе. Группа гепатопротекторов весьма гетерогенная и включает ве-

щества различных химических групп с разнонаправленным воздействием на метаболические процессы. Кроме того, несмотря на многолетний клинический опыт и большое количество проведенных научных исследований, границы их применения до сих пор не очерчены, и не найдены средства, способные комплексно воздействовать на несколько звеньев патогенеза болезни [36,37]. Печень — один из самых уникальных органов человеческого тела, обладающий значительным разнообразием функций, размеры и масса печени подвержены значительным колебаниям в зависимости от возраста [29,32].

Масса печени взрослого человека 1300-1800 г., печень покрыта брюшиной со всех сторон, за исключением ворот и части задней поверхности. Паренхима органа прикрыта тонкой фиброзной оболочкой (глиссонова капсула), которая входит в паренхиму органа и разветвляется в ней. В основу современного анатомо-функционального деления положено учение о сегментарном строении печени. Долей, сектором, сегментом принято называть участки печени различной величины, имеющие обособленное кров- и лимфообращение, иннервацию и отток желчи. В печени разветвляются