

выполняется проксимальный анастомоз основной ветви бифуркационного протеза с инфраренальным отделом аорты, т. е. восстанавливается кровоток по аорте и подвздошным артериям слева. В последнюю очередь формируется правый дистальный анастомоз. При применении данного способа восстановления кровотока время пережатия аорты в среднем равнялось 18 мин 30 сек.

По показаниям при функционирующем сосудистом эксплантате предпринималась ремплантация нижней брыжеечной артерии в основную ветвь или левую браншу бифуркационного протеза с использованием микрохирургического инструментария и прецизионной техники. В ряде случаев нами применена принципиально новая операция: формирование анастомоза конец в конец между а. gastroepiploica decstra и а. mesenterica inferior (Сухарев И. И., 1992).

С учетом важности восстановления кровотока по внутренним подвздошным артериям в зависимости от конкретной морфофункциональной ситуации эти сосуды ремплантировались в бранши протеза или включались в кровоток ретроградно.

Нами представлены актуарные кривые выживаемости у 79 больных после резекции АБА. Так, после первого года операции выживаемость составила 96,20%, после двух лет – 91,14% после пяти лет – 74,68% и после девяти лет – 43,04%. Проведенное сравнение с актуарными кривыми выживаемости общей группы больных показало, что достоверных различий нет.

Таким образом, комплексное использование специальных методов исследования при АБА позволяет достоверно диагностировать имеющуюся патологию, оценить состояние висцерального кровообращения, дистального магистрального и коллатерального русла, способствует выбору хирургической тактики.

Современные методы лечения АБА, способы остановки ретроградного кровотока из функционирующих поясничных и средней крестцовой артерии, реваскуляризации нижней брыжеечной артерии, сокращение времени пережатия брюшной аорты и

восстановление кровотока в артерии таза и нижней конечности позволяют уменьшить травматичность вмешательства и улучшить результаты оперативного лечения.

Поступила 16.07.07 г.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский А. В., Богатов Ю. П. Аневризмы брюшной аорты. Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А. В. Покровского. В двух томах. Т. 2. М.: Медицина, 2004. С. 23–39.
2. Спиридонов А. А., Тутов Е. Г., Аракелян В. С. Хирургическое лечение аневризмы брюшной аорты. М.: издательство НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2000. 206 с.
3. Сухарев И. И., Жане А. К., Черняк В. Л. Диагностика и хирургическая тактика при аневризмах инфраренального отдела брюшной аорты. Майкоп, 1989. 28 с.
4. Сухарев И. И. Диагностика и хирургическое лечение аневризмы аорты // Сборник научных работ. Майкоп, 1992. 182 с.

**A. K. JANE, D. A. JANE**

#### **TACTICS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT ANEURYSMS OF A BELLY AORTA**

*Diagnostics and surgical treatment aneurysms belly aortas (Aba) remains to one of most challenges of vascular surgery. Under supervision was 164 patients operated concerning Aba, at the age from 31 till 83 years. With the diagnostic purpose ultrasonic scanning, a x-ray computer tomography and a x-ray contrasting aortographia were applied. At an establishment of the diagnosis of ABA indications to operative treatment were put. In work are presented the original extraperitoneal access to aorto-iliac segment and ways of carrying out of surgical intervention.*

*Comparison with actuarial curves of survival rate of the general group of patients and from ABA after operative treatment of authentic distinctions has not revealed.*

**А. К. ЖАНЕ, Л. Н. КЛЫКОВА,  
Т. И. ЖАНЕ, Х. Р. НАПСО, А. Г. ПИЧУГИН**

## **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена – Клиника XXI века*

Среди всех злокачественных новообразований частота рака щитовидной железы (РЩЖ) составляет 1–1,5% (Вельшер Л., Решетов Д., 2007). За последние 10 лет в нашей стране заболеваемость РЩЖ увеличилась более чем в 2 раза (с 4,5 тыс. до 8,5 тыс. случаев в год) (Румянцева П. О., 2006). Основными этиологическими факторами развития РЩЖ считают ионизирующую радиацию и гормональные воздействия. При этом фолликулярные формы РЩЖ встречаются на фоне йододефицитных заболеваний, а

папиллярные формы – на фоне повышенного потребления йода.

В структуре заболеваемости преобладают высокодифференцированные формы опухолей (чаще папиллярная и фолликулярная формы), отмечается снижение среднего возраста заболевших. Выделяются два возрастных пика заболеваемости: 7–20 лет (ранний РЩЖ) и 40–60 лет.

Клиническое течение основных форм РЩЖ характеризуется медленным развитием первичной опухоли

и относительно благоприятными прогнозами в лечении. Большой процент составляет «скрытый» рак щитовидной железы, выявляемый при посмертном изучении данного органа у лиц, умерших от других причин (около 4,5%).

В последние годы в ведущих клиниках Европы и всего мира накопился значительный опыт диагностики и оценки результатов лечения РЩЖ с использованием различных схем.

В 2002 году Международным противораковым союзом была принята новая (6-я) редакция классификации TNM, где в сравнении с предыдущей (5-й редакцией) пересмотрено стадирование РЩЖ. Данное обстоятельство стало предметом серьезного системного анализа ситуации ведущими европейскими экспертами для переосмысления современной стратегии ведения больных РЩЖ и разработки общеевропейского консенсуса, которое состоялось в мае 2005 г. в Афинах (Греция).

На основании коллегиального опыта в отношении ситуации по ведению больных РЩЖ в большинстве лечебных учреждений России диагностика и его стадирование находятся на недостаточном уровне, а тактика лечения изобилует неадекватными объемами хирургического вмешательства и большим разнообразием применяемых в последующем дополнительных методов лечения, зачастую патогенетически не оправданных. В лечебных учреждениях, а нередко и в крупных клиниках больным РЩЖ проводится дистанционная лучевая терапия и даже химиотерапия, применение которых, за исключением строго ограниченных случаев, при дифференцированном РЩЖ просто бессмысленно. При этом радиойодтерапия рекомендуется очень редко, уже в качестве паллиатива или при запущенных отдаленных метастазах, когда ее эффективность существенно снижается.

Морфологическая диагностика РЩЖ (в особенности цитологическое исследование) является одним из самых сложных объектов патоморфологии. Результат при этом зависит от всех звеньев диагностического процесса, начиная от забора материала для исследования и заканчивая человеческим фактором при оценке морфологической картины. По данным литературы, частота РЩЖ среди лиц, подвергшихся хирургическому лечению по поводу узлового зоба, составляет 4,5–16% (Привалов В. А. с соавт., 2005). Неадекватно выполненное оперативное вмешательство приводит к необходимости проведения дополнительных обследований и дополнительным видам лечения. Без сомнения, нерадикальное первичное лечение ухудшает отдаленный прогноз.

Клиническое проявление РЩЖ сводится к выявлению опухоли в самой железе, а также выявлению шейных метастазов как первичного клинического проявления микрокарциномы. Большинство опухолей не имеет характерных клинических проявлений, позволяющих дифференцировать их от доброкачественных образований железы. В некоторых случаях рак щитовидной железы проявляется в виде приступа тиреоидита как ответ на появление опухоли.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является одним из ведущих методов обследования больных с патологией щитовидной железы (Шулутко А. М. с соавт., 2004). Наиболее ранним эхографическим признаком рака щитовидной железы является очаговое изменение ее эхогенности. Применение цветного

доплеровского картирования (ЦДК) при злокачественной опухоли характеризуется тем, что сосуды в ней расположены хаотично, в виде извитых спелозаканчивающихся сосудистых структур различного калибра. Вместе с тем многочисленные исследования по применению ультразвуковой диагностики щитовидной железы позволили установить только наличие относительных эхографических признаков, свойственных злокачественным опухолям данного органа. Сканирование ЩЖ – тиреоэсцинтиграфия для 100%-ного выявления рака ЩЖ на госпитальном этапе не увенчалась успехом.

Последние годы в диагностике заболеваний щитовидной железы применяются современные лучевые методы визуализации – рентгеновская компьютерная (РКТ) и магнитно-резонансная томография (Пинский С. В. с соавт., 2005). При опухолях щитовидной железы РКТ может быть использована в послеоперационном периоде для оценки состояния оставшейся тиреоидной ткани, определения метастазирования в лимфатические узлы и рецидива заболевания.

Гормональный тиреоидный статус пациентов не играет решающей роли в диагностике (Пашинцева Л. П., Ибрагимов Г. В., 2007). Дифференцированные формы рака могут протекать на фоне эутиреоза, гипотиреоза и гиперфункции щитовидной железы.

Наиболее широкое применение в морфологической диагностике РЩЖ получила тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ), которая в настоящее время производится под контролем одного из способов визуального контроля (УЗИ, РКТ и др.), повышающая информативность метода (Шулутко А. М. с соавт., 2004). Цитологическое исследование биоптата может быть близким к патогистологическому исследованию и дифференцировать заболевание ЩЖ, если забор материала произведен правильно.

Интраоперационное гистологическое исследование повышает точность диагностики заболеваний ЩЖ до 97% (Румянцева П. О., 2006). Послеоперационное морфологическое исследование позволяет точно дифференцировать характер ракового поражения ЩЖ.

Поклинико-морфологической классификации Международного комитета по изучению опухолей головы и шеи различают высокодифференцированный рак из А-клеток (папиллярный и фолликулярный), новообразований средней степени злокачественности из В-клеток (клетки Ашкинази-Гюртля, также папиллярный и фолликулярный) и С-клеток (солидный рак с амилоидозом стромы или без него) и недифференцированный рак щитовидной железы (Румянцева П. О., 2006).

Наиболее часто встречающейся гистологической формой РЩЖ является папиллярная аденокарцинома, которая составляет 60% от всех опухолей. Клиническим вариантом течения папиллярного рака является скрытый РЩЖ, отличающийся постепенным развитием симптомов и медленным ростом первичной опухоли.

Фолликулярная аденокарцинома (15–20% случаев РЩЖ) отличается возможностью гематогенного метастазирования в отдаленные органы (легкие, кости).

Злокачественные опухоли из парафолликулярных клеток (С-клеток) выделены в отдельную группу – солидный рак с амилоидозом стромы или без него (медуллярный рак) и составляют 6,8–12,6% от всех опухолей железы. У части больных медуллярный рак сочетается с феохромоцитомами и аденомами паращитовидных

желез. Частота его регионарного метастазирования составляет 40–50%, а отдаленные метастазы наблюдаются у 2,5–4% больных.

Недифференцированный (анапластический) РЩЖ составляет 8–13% всех злокачественных образований, характеризуется полным отсутствием дифференцировки клеточных элементов. Он отличается бурным развитием первичного очага и генерализованным метастазированием. Прогноз очень плохой, средняя продолжительность жизни составляет 6 месяцев с момента установления диагноза.

Значительную помощь в ранней диагностике метастазов в кости при РЩЖ оказывает радионуклеидное исследование костей, позволяющее обнаружить очаги метастазирования до рентгенологических изменений (Пинский С. Б. с соавт., 2005). Отмечается высокая диагностическая значимость радионуклеидных методов диагностики метастазов высокодифференцированных форм РЩЖ в лимфатические узлы и отдаленные органы. Частота рецидивов при РЩЖ, по литературным данным, составляет при дифференцированных формах 15–30% и недифференцированных образованиях 60–80%. Главной причиной рецидива рака все исследователи единодушно считают нерадикальный характер первичного вмешательства (Вельшер Л., Решетов Д., 2007).

Основным методом лечения РЩЖ на сегодняшний день является хирургический (Корнев С. В. и соавт., 2005). Объем операции зависит от морфологической структуры опухоли, ее размеров, возраста и пола пациентов. При дифференцированных карциномах, небольших размеров опухоли, не выходящей за пределы доли, отсутствии макроскопических изменений в области перешейка и регионарных метастазов на непораженной стороне у больных среднего возраста выполняют экстрафасциальное удаление доли с резекцией перешейка. У пожилых больных, особенно у мужчин, предпочтительна тиреоидэктомия (полное удаление органа). Аналогичной тактики придерживаются в случае возникновения опухоли в детском или юношеском возрасте. В таких случаях рекомендуется тотальное удаление органа в связи с высокой вероятностью повторного развития рака в оставшихся частях ЩЖ при ее неполном удалении. Многочисленные исследования показали, что перешеек ЩЖ всегда имеет общий лимфоотток с какой-либо из долей и как самостоятельное анатомическое образование не существует. Поэтому при локализации опухоли в области перешейка, как правило, удаляется одна из долей либо вся ЩЖ. При обнаружении метастазов в регионарных лимфатических узлах производится шейная лимфаденэктомия: фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи с одной или двух сторон (одиночных, смещаемых метастазов) либо (реже) операция Крайля при прорастании опухоли внутренней яремной вены и грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

При недифференцированном раке и всех распространенных формах рака хирургическое лечение дополняется лучевой терапией в сочетании с радиойодтерапией в случае функционально активных опухолей.

Послеоперационная тиреоидная абляция состоит в назначении больному  $^{131}\text{I}$ , и целью ее является разрушение остатков тиреоидной ткани в ложе щитовидной железы.

Характер повторного оперативного вмешательства при рецидивах опухоли зависит от объема первой операции. Хорошие результаты получают при проведении радиойодтерапии этих больных и гормонотерапии в супрессивной дозе. Все больные, подвергшиеся нерадикальным операциям, составляют группу повышенного онкологического риска и подлежат тщательному динамическому наблюдению онколога. После операции на ЩЖ обязательным является проведение заместительной терапии тиреоидными гормонами, доза которых зависит от показателей динамического исследования уровня тиреотропного гормона гипофиза.

Основными осложнениями после радикальных экстрафасциальных операций на ЩЖ являются парез и паралич возвратного и добавочного нервов и недостаточность функции околощитовидных желез – гипопаратиреоз (Ветшев П. С. с соавт., 2007). Методика хирургических вмешательств при РЩЖ тщательно отработана. Все перечисленные осложнения с одинаковой частотой встречаются как при операциях по поводу РЩЖ, так и при вмешательствах по поводу доброкачественных изменений ЩЖ.

За 2001–2007 гг. в нашей клинике прооперировано 842 больных с РЩЖ. Среди них в 548 случаях выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия, в 242 наблюдениях – экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка, субтотальная резекция ЩЖ предпринималась у 28 больных и футлярно-фасциальное иссечение лимфатических коллекторов в сочетании с экстрафасциальной тиреоидэктомией или гемитиреоидэктомией в сочетании с резекцией перешейка – у 24 пациентов.

Параличи гортани нами диагностированы у 0,48% (4 больных), а послеоперационный гипопаратиреоз – у 4,2% (35 больных).

Современная диагностика, оперативное лечение и медицинская реабилитация у всех больных осуществлялись комплексно с достижением положительного результата.

В заключение хочется отметить, что наметившиеся точки соприкосновения между хирургами, онкологами и эндокринологами по вопросам разработки единых стандартов диагностики и лечения РЩЖ, несомненно, будут способствовать улучшению качества жизни данной категории больных.

*Поступила 23.07.07 г.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вельшер Л., Решетов Д. Рак щитовидной железы. М.: Медицинская газета. 2007. № 3. С. 8.
2. Ветшев П. С., Карлова О. Ю., Салиба М. Б. «Ахиллесова пята» в хирургии щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. 2007. № 2. С. 3–8.
3. Корнев С. В., Бельков А. В., Селиванов Е. С. Результаты оперативного лечения рака щитовидной железы у взрослого контингента больных. Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XV Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Рязань, 2005. С. 190–191.
4. Пашинцева Л. П., Ибрагимова Г. В. Рекомендации по лабораторной диагностике и мониторингу заболеваний щитовидной железы // Справочник заведующего КДЛ. 2007. № 6. С. 15–21.

5. Пинский С. В., Калинин А. П., Белобородов В. А. Диагностика заболеваний щитовидной железы / Под ред. А. П. Калинина. М.: Медицина, 2005. 192 с.

6. Привалов В. А., Кулаев И. А., Сергийко С. В. и др. Клинико-анатомические особенности рака щитовидной железы. 35-летний опыт хирургического лечения. Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XV Российского симпозиума по эндокринологии. Рязань, 2005. С. 274–280.

7. Румянцева П. О. Европейский консенсус по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы из фолликулярного эпителия // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2006. № 3. С. 10–26.

8. Шулуток А. М., Семиков В. И., Миронова М. В. и др. Возможности УЗИ и ТАПБ в верификации морфологической структуры узловых образований щитовидной железы. Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XII (XIV) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Ярославль, 2004. С. 283–286.

**A. K. JANE, L. N. KLYKOVA,  
T. I. JANE, KH. P. NAPSO, A. G. PICHUGIN**

## **SURGERY TACTICS AT THYROID GLAND CANCER**

*The article presents up to date methods of diagnostic (radiological, cytological and histological) and surgical treatment of Thyroid cancer in correlation with gender and age of patients, size and structure of tumors. Theme remarks role of radioiodine and hormonesuppressive therapy.*

*From 2001 to 2007 842 patients were operated on with Thyroid cancer: 548 – extrafascial thyroidectomy; 242 – extrafascial lobectomy; 28 – a subtotal thyroidectomy; 24 – lobectomy and thyroidectomy combined with modified radical neck dissection. Postoperatively 0,48% recurrent nerve injuries and 4,2% cases of hypoparathyroidism were observed*

*Forthputting current methods of diagnostic and treatment enabling to achieve success in management of patients with thyroid cancer.*

**A. K. ЖАНЕ, Х. Р. НАПСО**

## **ВОЗМОЖНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЭКСТРААНАТОМИЧЕСКИМИ ШУНТИРУЮЩИМИ ОПЕРАЦИЯМИ**

*Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена — Клиника XXI века*

Реконструктивные операции на брюшной аорте и магистральных артериях таза и нижних конечностей в настоящее время являются общепризнанными. Однако высокий процент возникающих при этом специфических осложнений и летальности, особенно у пожилых больных, с полиорганный недостаточностью, способствовал поиску малотравматичных оперативных вмешательств (Бураковский В. И., Бокерия Л. А., 1989).

Экстраанатомические операции при меньшей травматичности и более легком течении послеоперационного периода являются методом выбора у данной категории больных (Сухарев И. И., 1990, Белов Ю. В., 2000). Наряду с этим данные операции при инфицировании сосудистого протеза после реконструктивных операций позволяют сохранить конечность и жизнь пациента (Затевахин И. И., Комраков В. Е., 1998).

В данной работе нами представлены результаты 38 экстраанатомических шунтирующих операций у 37 больных за последние 5 лет. Все больные мужского пола в возрасте от 21 до 80 лет. Давность заболевания составляла от 6 до 12 лет. У 29 больных наблюдалась критическая ишемия нижних конечностей (III–IV стадия по А. В. Покровскому), у 5 – острый тромбоз аортоподвздошного сегмента с декомпенсированной ишемией нижних конечностей, и у 3 – разрыв аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты. Тяжесть состояния

пациентов усугублялась сопутствующими заболеваниями. Рак мочевого пузыря наблюдался у 1, сахарный диабет – у 5, ишемическая болезнь сердца – у 16, ишемическая болезнь мозга – у 6, хронические неспецифические заболевания легких – у 9 и хронический гепатит – у 1 больного. Для установления характера и протяженности окклюзионно-стенотического процесса, степени ишемии нижних конечностей применялись ультразвуковые доплерометрия и ангиосканирование, рентгеноконтрастная ангиография. При выборе метода экстраанатомических шунтирующих операций учитывались локализация и протяженность патологического процесса, состояние путей притока и оттока, а также коллатерального кровообращения.

Одностороннее подключично-бедренное шунтирование выполнялось в 17 случаях у 16 больных. Подключично-двубедренное шунтирование предпринималось у 4 больных – по поводу острого тромбоза аортоподвздошного сегмента (1 наблюдение) и в связи с разрывом аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты (3 наблюдения).

Реваскуляризация ишемизированной нижней конечности у 12 больных осуществлялась перекрестным бедренно-бедренным шунтированием. Помимо этого при односторонней окклюзии аортоподвздошного и бедренно-подколенного сегментов