

функциональные и эстетические результаты лечения.

Цель исследования. Проанализировать отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы при экстраорганным распространении опухоли.

Материал и методы. Больные с предоперационным диагнозом дифференцированный рак щитовидной железы $T_{1-2}N_0M_0$, у которых при гистологическом исследовании после операции была выявлена большая распространенность опухоли $pT_{3-4A}N_0M_0$ (прорастание капсулы щитовидной железы), при этом макроскопически в ложе удаленной доли остатков опухоли не определялось. Больные разделены на груп-

пы по методу лечения. Первая группа – больным планируется выполнение повторной операции на щитовидной железе, принимая во внимание частое регионарное метастазирование при прорастании капсулы щитовидной железы. Превентивное вмешательство будет произведено в объеме лимфаденэктомии на шее, удаления околощитовидной клетчатки и рубцов в зоне ложа доли, удаленной при предыдущей операции. Вторая группа – проводится дистанционная лучевая терапия в СОД 50–55 Гр на область щитовидной железы и зоны регионарного метастазирования. Третья группа – дополнительное воздействие на зону операции не проводится. Рекомендуется динамическое наблюдение и заместительная гормонотерапия.

Результаты. Проводимое исследование не позволяет выявить достоверного различия хирургического либо комбинированного методов лечения на частоту развития рецидива опухоли.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

И.В. Решетов, Л.З. Вельшер, Д.Н. Решетов, И.Г. Асиновсков, И.О. Томашевский

*Московский научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена
Московский государственный медико-стоматологический университет*

Выводы. Выбор адекватного плана лечения больных при экстраорганным распространении высокодифференцированной опухоли щитовидной железы позволит улучшить хирургические, функциональные результаты лечения, социально-трудовую реабилитацию больных.

Рак щитовидной железы (РЩЖ) обладает выраженной способностью к метастазированию, регионарные метастазы после хирургического лечения возникают в 20–66 %. Чаще регионарное метастазирование при РЩЖ происходит у лиц молодого и среднего возраста (до 40 лет), при наличии высокодифференцированных форм (папиллярный и реже фолликулярный рак). Двустороннее поражение встречается в 19,9 %. Достаточно часто одновременно поражаются несколько групп лимфатических узлов, чаще других – яремные (до 95 %), загрудинные (56,8 %) и паратрахеальные (47,3 %) группы. До настоящего времени не существует метода диагностики, выявляющего мета-

стазы РЩЖ на доклинической стадии. Поэтому вопросы о проведении дополнительных методов лечения у больных с высокодифференцированным РЩЖ решаются индивидуально и часто эмпирически. В последнее десятилетие активно разрабатываются методы поиска так называемых “сторожевых” лимфатических узлов при опухолях различных локализаций. Значительный опыт накоплен при раке молочной железы и меланоме кожи, исследуются его возможности при плоскоклеточном раке области головы и шеи (рак ротоглотки, кожи и слюнных желез). Вопрос о возможностях поиска сторожевых лимфоузлов при РЩЖ обсуждается отдельными зарубежными исследователями.

Методы исследования. Перед началом операции, после погружения больного в медикаментозный сон, при помощи шприца с внутримышечной иглой вводилось 4–5 мл синего красителя в толщу доли щитовидной железы вокруг узлового образования. После рассечения кожи и подкожной клетчатки щитовидная железа выделялась из окружающих мышц шеи. Да-

лее производились пальпаторная ревизия и визуальный осмотр ткани железы и паратрахеальной зоны. При этом в большинстве случаев удавалось проследить динамику распределения красителя по паренхиме железы. Учитывая то, что его распределение по лимфатическим путям зависит от интенсивности кровотока, а с момента инъекции проходит сравнительно мало времени (в среднем около 15 мин), на данном этапе вмешательства мы изменили привычную оперативную тактику. После осмотра и определения объема операции мы производили поиск возвратного нерва с одной или с двух сторон, в зависимости от объема вмешательства. Поиск нерва осуществлялся после обнажения трахеопищеводной борозды от нависающих боковых отделов щитовидной железы. В некоторых случаях при этом перевязываются отдельные капсулярные артериолы и вены, что не ухудшает кровоснабжения железы. После обнаружения возвратного нерва он прослеживается до входа в гортань, при этом производится дополнительная мобилизация щитовидной железы. Данный этап операции занимает 15–20 мин, что достаточно для распределения лимфотропного красителя по паратрахеальным лимфатическим узлам, с учетом времени от начала операции (в среднем 30–40 мин). Далее выполняются обработка сосудистых пучков верхнего и нижнего полюсов и основной этап операции.

После удаления щитовидной железы мы выполняли ревизию паратрахеальных зон, с целью обнаружения и удаления окрашенных лимфоузлов. Полноценную оценку состояния паратрахеальных лимфоузлов зоны можно получить только после прослеживания возвратного нерва на всем его протяжении в области шеи. Только после выделения п. гессигенс можно получить доступ к клетчаточному пространству позади

и медиально от нерва. При этом становятся доступными для обзора все группы паратрахеальных лимфоузлов. Интраоперационные клинические подозрения на наличие метастазов в паратрахеальной зоне (увеличение лимфатических узлов, определение их пальпаторной плотности) можно определенно высказать только после выполнения вышеописанной манипуляции. Описанная методика позволяет избежать неоправданного удаления паразитовидных желез, которые не попадают в объем удаляемых тканей при таком выполнении лимфодиссекции.

После обнаружения окрашенных лимфатических узлов производилось их удаление, после чего выполнялась стандартная паратрахеальная лимфодиссекция с одной или с обеих сторон, в зависимости от объема первичного опухолевого поражения. Морфологическое исследование окрашенных (сторожевых) и неокрашенных лимфатических узлов производилось раздельно. Согласно проведенным ранее исследованиям мы рекомендовали серийное морфологическое изучение сторожевых узлов.

Результаты. Поиск сторожевых узлов у больных с высокодифференцированными формами РЩЖ, без клинически определяемых метастазов в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы ($T_{1-4}N_0M_0$), выполнен у 93 пациентов (100%). После сравнительного гистологического исследования удаленных лимфоузлов метастазы РЩЖ выявлены у 41 больного (44%). У 52 больных (56%) метастазов в удаленной паратрахеальной клетчатке не обнаружено. Среди 41 больного (100%) метастазы только в сторожевых (окрашенных) лимфоузлах обнаружены у 34 (83%). Метастазы в сторожевых и несторожевых лимфатических узлах выявлены у 5 пациентов (11%). Метастазы только в неокрашенных узлах обнаружены у 2 больных (6%) – ложноотрицательный результат.

КЛЕТочНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И.В. Решетов, В.И. Чиссов, А.В. Васильев, Е.В. Батухтина, О.С. Роговая

*Московский научно-исследовательский институт им. П.А. Герцена
Институт биологии развития им. Н.К. Кольцова РАН, г. Москва*

Выводы. При совокупной оценке результатов исследования сторожевых и несторожевых лимфатических узлов у всех больных с РЩЖ (43 чел.) выявлено, что сторожевые лимфатические узлы в 97,7% случа-

ев достоверно отражали состояние всех прочих лимфатических узлов региона как по факту наличия, так и отсутствия метастазов.