

ется врачами, не имеющими достаточного опыта в проведении подобного рода операций.

Кроме того определены тактические ошибки, к которым относятся:

- длительное наблюдение без лечения (63%),
 - гормонотерапия без верификации диагноза (37%),
 - неадекватное оперативное вмешательство (38,7%).
- Операции по поводу РЩЖ должны выполняться по следующим онкологическим принципам:
- доля, в которой локализуется раковая опухоль, должна быть удалена полностью;
 - удаление доли или ЩЖ выполняется экстрафасциально;
 - при выявлении метастазов на шее и передне-верхнем средостении выполняется операция на первичном очаге и лимфопутях.

Оперативные вмешательства, произведённые с нарушением этих принципов, подразделяются:

- **нерадикальные** – выявляется опухоль в оставшейся доле ЩЖ;
- **неадекватные** – отсутствуют признаки опухоли в оставшейся части доли ЩЖ.

По нашим данным, первая нерадикальная операция выполнялась на основании пальпации и клинического обследования у 79% больных, УЗИ проведено у 21%, пункция опухоли у 20%. Эти больные РЩЖ ранее были оперированы в различных учреждениях с нарушением принципов радикализма: энуклеация опухоли, интрафасциальная резекция, удаление одного из метастазов в лимфоузлах шеи.

Неадекватность и нерадикальность выполненной операции при РЩЖ диктовали необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств, которые сопряжены с увеличением объёма оперативного вмешательства, проведением дополнительных методов лечения и увеличением количества осложнений.

Таким образом, различные подходы к диагностике и лечению РЩЖ онкологов, хирургов, эндокринологов, лучевых специалистов нуждаются во всестороннем обсуждении этой проблемы и выработке общей тактики диагностики и лечения.

Новожилова Е.Н., Сергеев С.А., Олышанская О.В., Костаи О.В.

ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Московская городская онкологическая больница № 62 (гл. врач Д. Ю. Каннер)

Введение. В последние годы продолжается рост заболеваемости РЩЖ. За 10 лет заболеваемость возросла более чем в 2 раза. Сложность радикального лечения РЩЖ обусловлена тем, что пациентов оперируют в различных лечебных учреждениях нередко с первоначальным диагнозом «зоб» или «каденома». Нередко о диагнозе рака хирург узнает только после получения планового гистологического исследования, когда больной уже выписан из стационара. Здесь и возникает вопрос о необходимости повторной операции.

Материалы и методы. Операции, выполненные с нарушением онкологических принципов, делятся на **нерадикальные** (когда в оставшейся части железы определяется остаточная опухоль) и **неадекватные** (когда при обследовании данных остаточной опухоли нет). При нерадикальных операциях сомнений в необходимости повторного вмешательства не возника-

ет. Особые трудности для онколога возникают после неадекватных операций, когда клинические признаки остаточной опухоли отсутствуют.

Нами проанализированы сведения 335 больных РЩЖ, у 62,3% из них при повторной операции остаточная опухоль не была обнаружена. Поэтому мы рассмотрели детально группу из 140 пациентов, которым повторные вмешательства после неадекватной операции не выполнялись, и они были оставлены под динамическим наблюдением.

Результаты. При анализе информации о 140 больных установлено, что у 89,3% (125) были I–II ст. заболевания и высокодифференцированные формы опухоли. Наиболее прогностически неблагоприятным фактором являлась инвазия капсулы железы, при которой рецидив возникал в 100% случаев. После резекции доли рецидив выявлен у 37,8%. Надёжным инструментом для определения показаний к повторной операции является УЗИ с пункцией. Разрешающая способность этого метода достигает 86,5%. Время повторной операции варьировало от 6 мес. до 8 лет. Остаточная раковая опухоль при повторных операциях была выявлена у 61,4% (86), у 11,2% из них выявлены паратрахеальные метастазы. При этом у 38,6% – данных о наличии опухоли не обнаружено (хотя при УЗИ выявлены включения различной эхогенности).

В настоящее время всё большее распространение приобретают молекулярно-генетические исследования, которые позволяют изначально выявить формы новообразований с высоким злокачественным потенциалом (например, BRAF – мутированные формы).

Выводы. Необходимо оптимизировать показания к повторным операциям при РЩЖ без ущерба радикализму лечения. Несомненно существует часть больных, которых возможно оставить под строгим динамическим наблюдением после неадекватных вмешательств. Наиболее значимыми критериями, позволяющими прогнозировать развитие рецидива являются: инвазия капсулы железы, понижение дифференцировки опухоли, локализация узла в нижнем сегменте доли, наличие паратрахеальных метастазов. УЗИ с прицельной диагностической пункцией, выполненное в онкологическом учреждении, имеет высокую разрешающую способность и является надёжным инструментом при планировании объёма операции. Молекулярно-генетические исследования, несомненно, получают всё более широкое распространение как при первичной диагностике опухолей, так и при прогнозировании течения заболевания и в определении показаний к повторным операциям.

Письменный В.И., Письменный И.В.

РАСПРОСТРАНЁННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ТАКТИКА, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Самарский государственный медицинский университет; Дорожная клиническая больница, г. Самара

Введение. Доля РЩЖ составляет 0,5% среди всех новообразований у мужчин и 1% – у женщин. В то же время РЩЖ – это самая распространённая опухоль органов эндокринной системы человека. Экстратиреоидная инвазия при высокодифференцированных формах РЩЖ встречается в 4–24% наблюдений. Сложность задач, которые необходимо решать при хирургическом лечении распространённого РЩЖ с выходом опухоли