

ной железы с диссекцией центральной клетчатки шеи.

При проведении планового гистологического исследования метастазы в центральной клетчатке выявлены у 21 (52,5 %) больного, у 19 (47,5 %) – не обнаружены. В зависимости от гистологического строения опухоли выявлена следующая закономерность в частоте регионарного метастазирования: при папиллярном раке в 72,4 % подтверждены регионарные метастазы (21 случай из 29). Метастазы фолликулярного рака

кодифференцированным РЩЖ, при отсутствии клинически выявляемых регионарных метастазов, показано проведение диссекции центральной клетчатки шеи.

выявлены в одном случае из 11, что составило 9 %.

Таким образом, на настоящем этапе проведенного исследования установлено следующее: при высокодифференцированном раке щитовидной железы, более чем в половине случаев, встречаются метастазы в лимфоузлах центральной клетчатки шеи; при папиллярном раке частота регионарного метастазирования составляет 72,4 %; у больных с высо-

ПЛАСТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

С.А. Шинкарев

ГУЗ "Областной онкологический диспансер", г. Липецк

Реконструктивная хирургия – обязательная составляющая хирургического лечения опухолей головы и шеи, важный элемент послеоперационной реабилитации.

Материал и методы. С января 2003 по сентябрь 2005 г. выполнено 77 операций у 75 больных по поводу злокачественных опухолей головы и шеи с использованием различных лоскутов. Одномоментная пластика – у 38 пациентов, отсроченная – у 14, из них мужчин – 62, женщин – 13. Возраст больных колебался от 29 до 80 лет. Наибольшая возрастная группа (32 пациента) в интервале 50–59 лет. По нозологиям: рак нижней губы – 17, гортани – 16, слизистой дна полости рта – 5, гортаноглотки – 3, ротоглотки – 1, злокачественные опухоли кожи – 18, злокачественная аденома нижней челюсти – 1 больной. Дистанционные

лоскуты – 26 больных: грудной – 11, дельто-пекторальный – 8, трапециевидный – 7. Площадь дефекта – 12–225 см². Локальные лоскуты – 50 больных: скользящий – 11, перемещенный – 33, ротационный – 6. Площадь дефекта – 2–60 см².

Результаты. При дистанционных лоскутах: 1 полный некроз кожи (площадь дефекта 30 см²), частичный некроз кожи – 4 случая, 2 из них при площади 56 см². При локальных лоскутах: некроз кожи – 3 (площадь 60, 15 и 12 см²), после лучевой терапии.

Выводы. Планирование реконструкции должно осуществляться одновременно с выработкой плана лечения. Восстановительное лечение необходимо начать как можно раньше, по возможности одновременно с основным хирургическим этапом. При больших размерах дефекта и предшествующей лучевой терапии целесообразно использовать артериализированные лоскуты. Кожно-мышечный лоскут на боль-

СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЩЖ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Р.В. Шишков, В.Г. Поляков

НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Кафедра детской онкологии РМАПО, г. Москва

шой грудной мышце и дельто-пекторальный лоскут являются надежным пластическим материалом для закрытия дефектов кожи и мягких тканей лица и шеи.

С 1971 по 2004 г. в исследование вошли 264 детей,

которым были проведены операции на ЩЖ и лимфатическом коллекторе шеи. Из 264 больных большинство – 218 (82,6 %) – составили дети с папиллярным раком щитовидной железы (ПРЩЖ), 31 (11,7 %) боль-