

СЕНТЯБРЬ 2014

ISSN 2310-5194

HEAD & NECK

RUSSIAN JOURNAL

3

ГОЛОВА И ШЕЯ

ЖУРНАЛ ФЕДЕРАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

5

**РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ -
ВЫЖИВАЕМОСТЬ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА**

THYROID CANCER: SURVIVAL DEPENDING
ON GENDER AND AGE

12

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ ПРИ ТРАВМЕ НОСА
ULTRASOUND IN CASE OF NASAL TRAUMAS

34

**ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ
ТИРОИДЭКТОМИЯ
ИЗ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЯМКИ**
VIDEOASSISTED THYROIDECTOMY
FROM AXILLARY APPROACH

51

**ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ
МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО
АУТОТРАНСПЛАНТАТА**
DISTRACTION OSTEOGENESIS OF MICROSURGICAL
AUTOTRANSPLANT

И ДРУГОЕ/ ETC.

Так выглядит уменьшение размеров опухоли

- Увеличение общей выживаемости и сохранение качества жизни – основные цели противоопухолевого лечения, и уменьшение размеров опухоли – первый шаг к их достижению.
- В соответствии с зарегистрированными показаниями Эрбитукс® поможет Вам достичь максимально эффективного результата лечения за счет повышения частоты ответа, увеличения общей выживаемости и облегчения симптоматики.



Merck Serono Oncology | Combination is key™

ЭРБИТУКС® (ERBITUX®). Краткая инструкция по медицинскому применению.

Регистрационный номер: ЛСР-002745/09. **Международное непатентованное название:** цетуксимаб (cetuximab). **Форма выпуска:** раствор для инфузий 5 мг/мл по 50 мг/10 мл, 100 мг/20 мл, 250 мг/50 мл, 500 мг/100 мл во флаконе. **Состав:** в 1 мл раствора содержится: активное вещество: цетуксимаб 5 мг; вспомогательные вещества: глицин 7,507 мг, полисорбат — 80,0,1 мг, натрия хлорид 5,844 мг, лимонной кислоты моногидрат 2,101 мг, натрия гидроксид 1 М до pH 5,5, вода для инъекций до 1 мл. **Показания:** метастатический колоректальный рак с экспрессией РЭФР и с диким типом KRAS в комбинации со стандартной химиотерапией; монотерапия метастатического колоректального рака в случае неэффективности предшествующей химиотерапии с включением иринотекана или оксалиплатина, а также при непереносимости иринотекана; местно-распространенный плоскоклеточный рак головы и шеи в комбинации с лучевой терапией; рецидивирующий или метастатический плоскоклеточный рак головы и шеи в комбинации с химиотерапией на основе препаратов платины; монотерапия рецидивирующего или метастатического плоскоклеточного рака головы и шеи при неэффективности предшествующей химиотерапии на основе препаратов платины. **Противопоказания:** выраженная (3 или 4 степени) гиперчувствительность к цетуксимабу; беременность; период кормления грудью; детский возраст (эффективность и безопасность применения не установлены). **Способ применения и дозы:** Эрбитукс® вводится в виде внутривенной инфузии со скоростью не более чем 10 мг/мин. Перед инфузией необходимо проведение премедикации антигистаминными препаратами и преднизолоном. При всех показаниях препарат вводится один раз в неделю в начальной дозе 400 мг/м² поверхности тела (первая инфузия) в виде 120 – минутной инфузии и далее в дозе 250 мг/м² поверхности тела в виде 60 – минутной инфузии. **Колоректальный рак:** у пациентов с метастатическим колоректальным раком Эрбитукс® используется в комбинации с химиотерапией или в виде монотерапии. Рекомендовано, чтобы определение мутационного статуса KRAS проводилось имеющей опыт работы лабораторией, с использованием валидационных тест-методов. При комбинированной терапии следует придерживаться рекомендаций по модификации доз, изложенных в информации о данном лекарственном препарате. Химиотерапевтический препарат вводится не ранее чем через 1 час после окончания инфузии препарата Эрбитукс®. **Терапию препаратом Эрбитукс®** рекомендуется продолжать до появления признаков прогрессирования заболевания. **Плоскоклеточный рак головы и шеи:** при применении препарата Эрбитукс® в сочетании с лучевой терапией лечение препаратом Эрбитукс® рекомендуется начинать за 7 дней до начала лучевой терапии и продолжать еженедельные введения препарата до окончания лучевой терапии. У пациентов с рецидивирующим и/или метастатическим плоскоклеточным раком головы и шеи в комбинации с химиотерапией на основе препаратов платины Эрбитукс® используется как поддерживающая терапия до появления признаков прогрессирования заболевания. Химиотерапия назначается не ранее чем через 1 час после окончания инфузии препарата Эрбитукс®. У пациентов с рецидивирующим и/или метастатическим плоскоклеточным раком головы и шеи, у которых химиотерапия не дала результатов, Эрбитукс® также используется в качестве монотерапии, с дальнейшим продолжением лечения до появления признаков прогрессирования заболевания. **С осторожностью:** при нарушениях функций печени и/или почек (данных по применению препарата Эрбитукс® при показателях верхней границы нормы (ВГН) более чем в 1,5

раза, трансаминаз — более чем в 5 раз и показателях сывороточного креатинина, превышающих ВГН более чем в 1,5 раза, в настоящее время нет), угнетении костно-мозгового кровообращения, сердечно-легочных заболеваниях в анамнезе, пожилом возрасте. Рекомендованы контроль электролитов сыворотки крови и коррекция электролитных нарушений до начала терапии препаратом Эрбитукс® и периодичность в процессе лечения из-за возможного развития обратимой гипокальциемии (вследствие диареи), гипомагнемии, гипокальциемии. **Побочное действие:** основные побочные действия препарата Эрбитукс® — кожные реакции, отмечаемые у 80% пациентов, гипомагнемия — у 10% пациентов и инфузионные реакции с умеренной выраженностью симптомов более чем в 10% случаев, инфузионные реакции с выраженными симптомами — примерно 1% случаев. Ниже перечислены нежелательные явления, отмеченные при применении препарата Эрбитукс® и встречающиеся с частотой: > 1/10 (очень часто) и от > 1/100 до < 1/10 (часто): со стороны нервной системы: часто — головная боль; со стороны органов зрения: часто — конъюнктивиты; со стороны пищеварительной системы: часто — диарея, тошнота, рвота; со стороны кожи и подкожных структур: очень часто — кожные реакции (акнеподобная сыпь и/или кожный зуд, сухость кожи, шелушение, гипертрихоз, нарушение ногтей (например, паронихия)). В 15% кожные реакции носят выраженный характер, в единичных случаях развивается некроз кожи. Большинство кожных реакций развиваются в первые 3 недели лечения и обычно проходят без последствий после прерывания лечения, при соблюдении рекомендаций по корректировке дозового режима; со стороны метаболизма и питания: очень часто гипомагнемия, часто — дегидратация, гипокальциемия, анорексия со снижением веса; общие нарушения и условия изменения назначения: очень часто — легкие или средней тяжести инфузионные реакции (слабо или умеренно выраженные лихорадка, озноб, головокружение, одышка); мукозиты, которые могут привести к носовому кровотечению; часто — выраженные инфузионные реакции (обычно развиваются в течение первого часа первой инфузии или через несколько часов после первой или последующих инфузий, основной механизм развития этих реакций не установлен; возможно, некоторые из них могут носить анафилактическую/анафилактическую природу), включающие в себя бронхоспазм, крапивницу, снижение или повышение артериального давления, потерю сознания или шок; со стороны гепато-билиарной системы: очень часто — повышение уровня АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы. **Особые указания:** терапию препаратом Эрбитукс® следует проводить под наблюдением врача, имеющего опыт использования противоопухолевых лекарственных препаратов. При введении препарата Эрбитукс® инфузионные реакции обычно развиваются на фоне первой инфузии или в течение 1 часа после окончания введения препарата, однако они могут возникнуть и через несколько часов, а также при повторных введениях. Пациент должен быть предупрежден о возможности таких отсроченных реакций и проинструктирован о необходимости обратиться к врачу сразу же после их возникновения. Если у больного выявляется реакция, связанная с инфузией в легкой или умеренной форме, следует уменьшить скорость инфузии. При последующих введениях также следует вводить препарат с уменьшенной скоростью. Развитие выраженных симптомов инфузионной реакции требует немедленного и окончательного прекращения лечения препаратом Эрбитукс® и может повлечь за собой необходимость оказания неотложной медицинской помощи. **Производитель:** «Мерк КГаА», 64293 Дармштадт, Франкфуртерштрассе 250, Германия. Претензии потребителей и информацию о нежелательных явлениях следует направлять по адресу: Представительство компании «Арес Трейдиг С.А.», Российская Федерация, 125445, Москва, ул. Смольная, д. 24Д, офис ООО «Мерк»; тел.: (495) 937-33-04, факс: (495) 937-33-05, e-mail: safety@merck.ru.

HEAD & NECK

RUSSIAN JOURNAL

СЕНТЯБРЬ 2014

3

ГОЛОВА И ШЕЯ

ЖУРНАЛ ФЕДЕРАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ
JOURNAL OF THE RUSSIAN FEDERATION OF TREATMENT SPECIALISTS IN HEAD&NECK PATHOLOGY

ISSN 2310-5194

Медицинский рецензируемый журнал
Medical reviewed journal

Авторы подтверждают, что не имеют
конфликта интересов
*The authors declare that they have no
competing interests*

Публикуемые материалы соответствуют меж-
дународно признанным этическим принципам
*Published materials conforms to internationally
accepted ethical guidelines*

Тематика журнала:

ангиохирургия
анестезиология
дерматология
нейрохирургия
онкология
оториноларингология
офтальмология
пластическая хирургия
стоматология
челюстно-лицевая хирургия
эндокринология

Journal subject:

Angiosurgery
Anesthesiology
Dermatology
Neurosurgery
Oncology
Otorhinolaryngology
Ophthalmology
Plastic surgery
Stomatology
Maxillo-facial surgery
Endocrinology

Решетов И.В. – главный редактор
Reshetov I.V. – editor in chief

Заведующая редакцией:
Е.В. Полякова
Editorial staff manager:
E.V. Polyakova

Литературный редактор:
М.А. Баширова
Literary editor:
M.A. Bashirova

Переводчик:
Н.В. Денгина
Translation:
N.V. Dengina

Арт-директор:
М.А. Лындина
Art-manager:
M.A. Lyndina

Креативный директор:
А.И. Ларин
Creative director:
A.I. Larin

Художник-дизайнер:
Е.Ю. Тихонов
Art-designer:
E.Yu. Tikhonov



Общероссийская общественная организация
**Федерация специалистов
по заболеваниям
органов головы и шеи**

Учредитель:

Общероссийская общественная организация
«Федерация специалистов по лечению заболеваний
головы и шеи»

Founder:

Russian Federation of treatment specialists in
Head&Neck pathology

bionika media

Издатель:

ООО «Бионика Медиа»
Председатель совета директоров
И.Г. Красивская
Генеральный директор А.И. Дроздов
Заместитель генерального директора
А.В. Власова

Publisher:

LLC "Bionika Media"
Chairman of board of directors
I.G. Krasivskaya
General manager A.I. Drozdov
General manager assistant A.V. Vlasova

Адрес редакции:

117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, под. 3
Тел. (факс): (495) 334-43-88
E-mail: h&n@bionika-media.ru
Editor office address:
Profsojuznaya St., 57, p.3, 117420 Moscow
Russian Federation
Tel. (fax): (495) 334-43-88
E-mail: h&n@bionika-media.ru

Размещение рекламы:

ООО «Бионика Медиа»
Тел. (495) 786-25-57
Руководитель Департамента по рекламе
в медицинской прессе: О.Н. Крекшина
Департамент по рекламе в медицинской прессе:
А.В. Донских, Е.В. Бахирева
Advertising:
LLC "Bionika Media"
Tel. (495) 786-25-57
Advertisement manager: D.P. Korepanova
Head of the advertising department in medical press –
O.N. Krekshina
Advertising department in medical press –
A.V. Donskih, E.V. Bachireva

Подписка и распространение:

Тел.: (495) 332-02-63; 332-02-68
E-mail: subscription@bionika-media.ru
Subscription and distribution:
Tel.: (495) 332-02-63; 332-02-68
E-mail: subscription@bionika-media.ru

Дата выхода – 22.09.14
Date of issue – 22.09.14 Свободная цена
Free price

Журнал зарегистрирован Федеральной службой
по надзору в сфере связи, информационных техно-
логий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Head and Neck / Голова и шея. Российское издание.
Журнал Общероссийской общественной организа-
ции «Федерации специалистов по лечению заболе-
ваний головы и шеи»
ПИ № ФС77-54135 от 17.05.13
*The journal has been registered by Federal service
for supervision of communication, information
technologies and mass communications
Head&Neck Russian edition. Journal of All-Russian
social organization "Federation of specialists in
Head&Neck pathologies treatment*

Формат 60x90 1/8. Усл. печ. л. 8.
Format 60x90 1/8 Print cond. P.8
Тираж 3000 экз.
Print run 3000 ex.

Отпечатано в ООО «ТДДС-СТОЛИЦА-8»
111024, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1

Перепечатка и любое воспроизведение материалов
и иллюстраций в печатном или электронном виде
из журнала допускается только с письменного
разрешения издателя ООО «Бионика Медиа»
*Reprinting and any materials and illustrations
reproduction from the journal in printed or electronic
form is permitted only from written consent of the
publisher "Bionika Media"*

РЕДКОЛЛЕГИЯ ЖУРНАЛА «ГОЛОВА И ШЕЯ»

Журнал Федерации специалистов по лечению заболеваний головы и шеи

EDITORIAL BOARD OF "HEAD&NECK" JOURNAL*Journal of the Russian Federation of treatment specialists in Head&Neck pathology***Решетов И.В.** – главный редактор, член-корреспондент РАМН, профессор**Reshetov I.V.** – *editor in chief, professor, Russian Academy of Medical Science corresponding member***Дробышев А.Ю.** – зам. главного редактора, профессор**Drobyshev A.Y.** – *editor in chief assistant, professor***Трахтенберг А.Х.** – научный редактор, профессор**Trakhtenberg A.Kh.** – *scientific editor, professor***Решетов Д.Н.** – научный редактор, доктор медицинских наук**Reshetov D.N.** – *scientific editor, professor***Грачев Н.С.** – ответственный секретарь, к.м.н.**Grachev N.S.** – *executive secretary***РЕДКОЛЛЕГИЯ / EDITORIAL BOARD**Андреев В.Г., профессор / *Andreev V.G., professor*Бровкина А.Ф., академик РАМН, профессор / *Brovkina A.F.**RAMS academician, professor*Дайхес Н.А., профессор / *Daihes N.A., professor*Кубанова А.А., академик РАМН, профессор / *Kubanova A.A.,**RAMS academician, professor*Кропотов М.А., профессор / *Kropotov M.A., professor*Крюков А.И., профессор / *Kryukov A.I., professor*Кулаков А.А., чл.-корр. РАМН, профессор / *Kulakov A.A.,**RAMS corresponding member, professor*Лопатин А.С., профессор / *Lopatin A.S., professor*Мальгинов Н.Н., профессор / *Malginov N.N., professor*Мантурова Н.Е., профессор / *Manturova N.E., professor*

Мамонтов А.С., профессор – ответственный секретарь /

*Mamontov A.S., professor, executive secretary*Матякин Е.Г., профессор / *Matyakin E.G., professor*Медведев Ю.А., профессор / *Medvedev Y.A., professor*

Мельниченко Г.А., академик РАМН, профессор /

*Melnichenko G.A., RAMS academician, professor*Неробеев А.И., профессор / *Nerobeev A.I., professor*Поляков А.П., к.м.н., доцент / *Polyakov A.P., assistant professor,*Потекаев Н.Н., профессор / *Potekaev N.N., professor*Романчишен А.Ф., профессор / *Romanchishen A.F., professor*Саакян С.В., профессор / *Saakyan S.V., professor*Садовский В.В., профессор / *Sadovskij V.V., professor*Усачев Д.Ю., профессор / *Usachev D.Y., professor*Черехаев В.А., профессор / *Cherekaev V.A., professor*

Чойнзонов Е.Л., академик РАМН, профессор /

*Choinzonov E.L., RAMS academician, professor*Янов Ю.К., чл.-корр. РАМН, профессор / *Janov Y.K. RAMS**corresponding member, professor*Янушевич О.О., профессор / *Yanushevich O.O., professor***РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ / EDITORIAL COMMITTEE**Васильев Ю.В., чл.-корр. РАМН, профессор / *Vasil'ev Y.V.,**RAMS corresponding member, professor*Вельшер Л.З., профессор / *Velsher L.Z., professor*Вербо Е.В., профессор / *Verbo E.V., professor*Галимова В.У., профессор / *Galimova V.U., professor*Гарбузов П.И., д.м.н. / *Garbuzov P.I., professor*Давыдов Д.В., профессор / *Davydov D.V., professor*Еричев В.П., профессор / *Erichev V.P., professor*Крылов В.В., академик РАМН, профессор / *Krylov V.V., RAMS**academician, professor*Накатис Я.М., профессор / *Nakatis Y.M., professor*Панова И.Е., профессор / *Panova I.E., professor*Поляков В.Г., академик РАМН, профессор / *Polyakov V.G.,**RAMS academician, professor*Потапов А.А., академик РАН, академик РАМН / *Potapov A.A.**RAN academician, RAMS academician*Рабинович И.М., профессор / *Rabinovitch I.M., professor*Румянцев П.О., профессор / *Rumyantsev P.O., professor*Трофимов Е.И., д.м.н. / *Trofimov E.I., professor*Хмелевский Е.В., профессор / *Khmelevsky E.V., professor***ИНОСТРАННЫЕ ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ /****FOREIGN EDITORIAL BOARD MEMBERS***Belotzerkovsky I. Belarus**Dobke M., prof. USA**Dzodich R. Serbia**Fliss D., prof. Israel**Golusinsky W., prof. Poland**Holodny A., prof. USA**Kim K., prof. South Korea**Klozar J., prof. Czech Republic**Lefebvre J.L., prof. France**Lisitra L., prof. Italy**Margolin G., prof. Sweden**Rapidis A., prof. Greece**Shah J., prof. USA**Spriano G., prof. Italy**Zabolotny N., prof. Ukraine***ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА / EXPERT GROUP:**Бойко А.В., профессор / *Boiko A.V., professor*Бяхов М.Ю., профессор / *Byakhov M.Y., professor*Зайцев А.М., к.м.н. / *Zaitzev A.M., assistant professor*Ольшанский В.О., профессор / *Olshanskij V.O., professor*Осипенко Е.В., к.м.н. / *Osipenko E.V., assistant professor*Поляков П.Ю., профессор / *Polyakov P.Y., professor*Приходько А.Г., профессор / *Prihodko A.G., professor*Кравцов С.А., д.м.н. / *Kravtsov S.A., professor*Кузнецов Н.С. профессор / *Kuznetzov N.S., professor*Новожилова Е.Н., д.м.н. / *Novozhilova E.N., professor*Светицкий П.В., профессор / *Svetitzkij P.V., professor*Сдвижков А.М. профессор / *Sdvizhkov A.M., professor*Стояхина А.С., к.м.н. / *Stoyukhina A.S., assistant professor*Субраманиан С., к.м.н. / *Subramanian S., assistant professor*Трофимов Е.И., д.м.н. / *Trofimov E.I., professor*Шевченко С.П., д.м.н. / *Shevchenko S.P., professor*

ВСТУПЛЕНИЕ

Уважаемые читатели! Третий номер нашего журнала посвящен вопросам междисциплинарного подхода при различной патологии органов головы и шеи. Диагностика, лечение, реконструкция, редкие наблюдения... Такой подбор разнообразных публикаций говорит об интересе специалистов в объединении усилий по данному направлению. Мы продолжаем совершенствование качества публикаций в соответствии с требованиями ВАК и международных поисковых систем. Это важное начинание позволит открыть нашему изданию занять позиции общепризнанного и уважаемого журнала. Хотелось привлечь внимание коллег к акции ранней диагностики заболеваний органов головы и шеи, которая пройдет на последней неделе сентября. Еще можно успеть принять в ней участие!

До новых встреч,
Редколлегия

INTRODUCTION

The 3rd issue of our journal is dedicated to the questions of multidisciplinary approach to the treatment of head and neck patients with various diseases. Diagnostics, treatment, reconstruction, rare cases... Such a diverse compilation of different publications tells about an increasing interest of many specialists in integrating their efforts on this direction. We hope to continue improving the quality of articles according to Supreme certification committee requirements and the standards of international retrieval systems. This work appears to be extremely important for getting more reliable positions of a respectable journal admitted worldwide.

We wish to attract the attention of our colleagues to the Early diagnostics of head and neck diseases action which will be carried out during the last week of September. You still have time to participate in it.

*Until we meet again,
Editorial board*

ЕВРОПЕЙСКАЯ НЕДЕЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ В РОССИИ

В этом году в России во второй раз будет проводиться Европейская неделя ранней диагностики рака головы и шеи.

Плоскоклеточный рак головы и шеи (ПРГШ) представляет собой одну из сложнейших медико-социальных проблем современной онкологии. Ежегодно в мире регистрируется свыше 500 000 новых случаев злокачественных опухолей головы и шеи и более 270 000 больных умирает от этого заболевания (J.R. Grandis, 2004; B.W. Stewart, 2003). В структуре общей онкологической заболеваемости опухоли головы и шеи составляют около 20%, абсолютное число этих больных растет с каждым годом (А.Д. Каприн, 2012).

Успех лечения опухолей вообще и органов головы и шеи обусловлен ранней диагностикой опухолевой патологии.

В период с 23 по 26 сентября 2013 года была проведена 1-я Европейская неделя ранней диагностики рака головы и шеи на 16 территориях РФ: Москва, Санкт-Петербург, Архангельск, Нижний Новгород, Краснодар, Ростов-на-Дону, Волгоград, Казань, Уфа, Ставрополь, Грозный, Саратов, Самара, Ижевск, Хабаровск, Петропавловск-на-Камчатке с целью сократить бессмысленные потери жизней из-за недостатка знаний о заболевании среди специалистов и населения.

В ходе Недели проводилось обследование населения мультидисциплинарной командой специалистов в составе онколога, оториноларинголога и стоматолога. Из 3589 обратившихся у 386 (10,7 %) была выявлена онкопатология. Данная группа пациентов получила необходимое дополнительное обследование и своевременное лечение.

Европейское общество исследователей головы и шеи (EHNS), Федерация специалистов по лечению заболеваний

органов головы и шеи, Российское партнерство специалистов по опухолям головы и шеи, Стоматологическая ассоциация России, Российское научное общество оториноларингологов и Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи просят вас принять участие в проведении в вашем регионе 2-й Европейской недели ранней диагностики рака головы и шеи в период с 22 по 26 сентября 2014 года с целью помочь населению пройти обследование мультидисциплинарной командой специалистов в составе отоларинголога, стоматолога и онколога, объединившись с коллегами, организовав у себя на рабочем месте «Дни ранней диагностики рака головы и шеи».

Результаты проведения Европейской недели ранней диагностики рака головы и шеи в России будут представлены 26 сентября 2014 года в рамках Европейского онкологического конгресса, г. Мадрид, Испания, 11 ноября 2014 года в рамках XVIII Российского онкологического конгресса, г. Москва, Россия.

Планируется информационная поддержка Акции: организация "горячей линии", освещение в СМИ, предоставление печатных материалов. Дополнительную информацию можно найти на сайте Федерации специалистов по заболеваниям органов головы и шеи: www.headneckfdr.ru

Просьба отправлять заявку на участие в Акции по адресу эл. почты: headneckfdr@yandex.ru, oncoweek@oncology.ru

Председатель Правления Федерации специалистов по заболеваниям органов головы и шеи России профессор И.В. Решетов

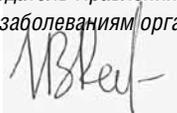


График выхода – 4 номера в год Issuing calendar – 4 issues per year

СОДЕРЖАНИЕ CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ / ORIGINAL RESEARCH ARTICLES

- Результаты лечения больных местно-распространенным и метастатическим раком щитовидной железы в зависимости от пола и возраста –
И.В. Решетов, А.К. Голубцов, В.Д. Мокина, А.К. Кудрин 5–10
The treatment results of locally advanced and metastatic thyroid cancer patients depending on age and gender –
I.V. Reeshetov, A.K. Golubtzov, V.D. Mokina, A.K. Kudrin

- Диагностическая эффективность ультразвукографии при травмах носа –
Ю.Ю. Русецкий, И.О. Чернышенко 11–14
Diagnostic effectiveness of ultrasound in cases of nasal trauma –
Yu.Yu. Rusetzkii, I.O. Chernyshenko

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ / CLINICAL EXPERIENCE

- Видеоассистированная резекция щитовидной железы из одностороннего подмышечного доступа –
И.В. Решетов, Ф.Е. Севрюков, А.К. Голубцов, О.П. Крехно 15–19
Video assisted resection of thyroid from unilateral axillary approach –
I.V. Reshetov, F.E. Sevryukov, A.K. Golubtzov, O.P. Krekhno

- Осложнения раннего послеоперационного периода в тиреоидной хирургии, требующие неотложных вмешательств –
А.Ф. Романчишен, Ф.А. Романчишен, К.В. Вабалайте, И.Ю. Ким 20–24
Complications of early postoperative period in thyroid surgery requiring urgent intervention –
A.F. Romanchishen, F.A. Romanchishen, K.V. Valabaite, I.Yu. Kim

- Плеоморфные аденомы глоточного отростка околоушной слюнной железы –
П.В. Светицкий, М.А. Енгибарян, М.А. Гусарева, А.К. Донская 25–29
Pleomorphic adenomas of pharyngeal process of parotid gland –
P.V. Svetitzkij, M.A. Engibaryan, M.A. Gusareva, A.K. Donskaya

- Удаление глаза: характер офтальмопатологии, клинические проявления механической травмы, сроки и методы операций –
И.А. Филатова, Е.Н. Вериги, И.А. Пряхина 30–35
Ophthalmectomy: characteristics of ophthalmic pathology, clinical manifestation of mechanical trauma, time constraints and methods of surgery –
I.A. Filatova, E.N. Verigo, I.A. Pryahina

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ / CLINICAL CASE

- Проведение дистракционного остеогенеза у пациентов после онкологических операций на челюстях восстановленными аутотрансплантатами на микрососудистом анастомозе –
А.Ю. Дробышев, Э.А. Меликов, И.А. Клипа, С.А. Снегирев 36–42
Distraction osteogenesis for patients after oncological surgeries on jaws with the use of restored autotransplants on microvessel anastomosis –
A.Yu. Drobyshev, E.A. Melikov, I.A. Klipa, S.A. Snegiryov

- Клинический случай эктопии тимуса шейной локализации у ребенка 5 месяцев –
Н.С. Грачев, Г.А. Новичкова, И.Н. Ворожцов, М.П. Калинина, А.Н. Наседки 43–45
Cervical thymus ectopia in a child of 5 months old: a clinical case –
N.S. Grachyov, G.A. Novikova, I.N. Vorozhtzov, M.P. Kalinina, A.N. Nasedki

ХРОНИКА / CHRONICLE COLUMN

- Неделя ранней диагностики рака органов головы и шеи 2014 46–47
The week of early diagnostics of cancer of head and neck 2014

ЮБИЛЕЙ / ANNIVERSARY

- Профессор Анатолий Филиппович Романчишен (к 65-летию со дня рождения) 48
Professor Anatoly Romanchishen (the 65th anniversary)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

THE TREATMENT RESULTS OF LOCALLY ADVANCED AND METASTATIC THYROID CANCER PATIENTS DEPENDING ON AGE AND GENDER

И.В. Решетов, А.К. Голубцов, В.Д. Мокина, А.К. Кудрин

ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

ФМИЦ им. П.А. Герцена, Москва

ИПК ФМБА России, Москва

Контакты: Решетов Игорь Владимирович – e-mail: reshetoviv@mail.ru

I.V. Reeshetov, A.K. Golubtzov, V.D. Mokina, A.K. Kudrin

Moscow I.M. Sechenov 1st State Medical University

Moscow P.A. Herten Federal research center

IAQ FMBA of Russia, Moscow

Contacts: Reshetov Igor Vladimirovich – e-mail: reshetoviv@mail.ru

Успех лечение рака щитовидной железы (РЩЖ) зависит от многих факторов. Среди важнейших выделяют пол и возраст, находящиеся во взаимосвязи с другими факторами. Современные технологии статистического анализа позволяют выявлять важные взаимоотношения среди факторов прогноза. Изучение выживаемости больных РЩЖ всех клинических групп проведено с использованием персонализированного анализа биологических факторов: возраст пациентов; распространенность заболевания и пол. Статистическая обработка результатов исследования осуществлена с помощью специального программного обеспечения (СПО-1) для анализа выживаемости.

Выходные данные СПО-1 представлены таблицей персонализированной выживаемости пациентов. СПО-1 позволяет анализировать выживаемость пациентов с учетом выбытия, при этом выбывшие пациенты учитываются как умершие в связи с основным заболеванием. В наше исследование включены данные 314 больных местно-распространенным и метастатическим РЩЖ. Отдаленные результаты прослежены у 292 больных (93,0 % наблюдений). Судьба остальных 22 больных неизвестна (7,0 % наблюдений). В первую группу включены данные 101 пациента, которым были выполнены хирургические вмешательства в связи с распространенностью опухолевого процесса, соответствующей индексам Т3N0M0 и Т4N0M0, а также с продолженным ростом или рецидивом РЩЖ после предшествующего лечения, распространяющимся на соседние анатомические органы и структуры.

Во вторую группу объединены данные 120 пациентов, которым были выполнены хирургические вмешательства в связи с местно-распространенным и метастатическим РЩЖ, соответствующими индексам Т3N1aM0, Т3N1bM0, Т4N1aM0; Т4N1bM0, а также больных с продолженным ростом или рецидивом РЩЖ после предшествующего хирургического лечения, распространяющимся на соседние анатомические органы и структуры, с выявленными метастазами РЩЖ в лимфатические узлы шеи и/или передне-верхнего средостения (ПВС).

В третью группу включены данные 73 пациентов, которым выполнены только операции по поводу метастазов РЩЖ, или продолженного роста метастазов, или рецидива метастазов в лимфатические узлы шеи и ПВС после предшествующего хирургического или комбинированного лечения. В четвертую клиническую группу включены данные 20 больных, которым были проведены операции по поводу отдаленных метастазов РЩЖ различных локализаций.

Проведенный сравнительный анализ выживаемости больных всех клинических групп показал, что при метастазировании РЩЖ в лимфатические узлы шеи и ПВС у мужчин 10-летняя выживаемость резко снижается по сравнению с показателями 10-летней выживаемости у женщин. Если в 1-й группе она составила у мужчин 100 % (на показатель влиял малый удельный вес лиц мужского пола в этой клинической группе), а у женщин – 84,15 %, то во 2-й и 3-й клинических группах 10-летняя выживаемость у мужчин составила соответственно 52,9 и 61,1 %, а у женщин – 96,2 и 92,3 %. Следует отметить, что при наличии отдаленных метастазов РЩЖ показатели 10-летней выживаемости снижаются у пациентов обоих полов. Подчеркивается целесообразность поиска методов эффективного лечения пациентов с метастатическим РЩЖ с учетом возрастных и половых критериев прогноза.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, факторы прогноза, пол, возраст.

ABSTRACT

The success of thyroid cancer treatment depends on many factors. The most important of them are age and gender, and in addition they are closely connected to the other factors. Modern technologies of statistical analysis help to reveal extremely important correlations between prognostic factors. The studying of thyroid cancer survival in all clinical groups had been carried out with the use of personified analysis of biological factors such as age, gender and morbidity. Statistical analysis of obtained results was achieved with the use of special software (SSW-1) for survival evaluation.

The output data were presented in the table of personified survival. SSW-1 allows detailed analysis of survival with regards to patient replacement; all dropped-out patients were considered as dead from the main disease. Three hundred and fourteen locally advanced thyroid cancer patients were included into the study. Late results were evaluated in 292 of them (93,0%), while the story of the remaining 7% (22 patients) was not known. The data of 101 patients with T3N0M0 and T4N0M0 or with relapsed and continued tumor growth towards the adjacent structures who underwent surgical treatment were included into the first group.

The second group united 120 patients with T3N1aM0, T3N1bM0, T4N1aM0; T4N1bM0 as well as the patients with relapsed or continued tumor growth after previous surgery and detection of metastases to the neck or upper-anterior mediastinal lymphnodes.

The third group included data of 73 patients who went through palliative surgery due to their primary or relapsed thyroid carcinoma metastases into the neck or upper-anterior mediastinal nodes after previous surgical or combined treatment. Clinical data of 20 patients who had surgeries due to distant metastases of various localizations were included into the fourth group.

Comparative analysis of survival in all clinical groups showed that 10-year survival of males with metastatic neck and mediastinal lymphnodes is much lower than in females with the same pathologies (100% in the 1st group among men, just due to a small number of males, and 84,15% in women whilst in the 2nd and the 3rd groups survival rates were 52,9 and 61,1% among men, respectively, and 96,2 and 92,3% among women). However, the existence of distant thyroid cancer metastases lowers 10-year survival rates among males and females, both. The advisability of the search for the most effective methods of metastatic thyroid cancer treatment with allowance for gender and age-specific prognostic criteria is one of the main messages of this article.

Key words: *thyroid cancer, prognostic factors, gender, age.*

Успех лечения больных раком щитовидной железы (РЩЖ) зависит от многочисленных факторов и условий, среди которых главную роль играют биологические черты карциномы и организма пациента. Ряд прогностических факторов был определен во многих крупных исследованиях. Выделяются как пациент-, так и опухоль-ассоциированные факторы. Возраст и пол пациента относятся к независимым параметрам, влияющим на прогноз. Размер опухоли, ее гистологическое строение, инвазия (экстра-тиреоидное распространение), наличие отдаленных метастазов относятся к опухолевым факторам [4].

Европейская научно-исследовательская организация по лечению злокачественных опухолей щитовидной железы (The European Organization for Research on Treatment of Cancer – EORTC) предложила собственную классификацию РЩЖ, основанную на балльной системе. К вышеперечисленным факторам было добавлено число отдаленных метастазов. Количество баллов подсчитывается следующим образом: возраст + 12 (если пациент мужчина), + 10 (если у пациента низкодифференцированная фолликулярная карцинома), + 10 (если опухоль прорастает капсулу ЩЖ), + 15 (если имеется 1 отдаленный метастаз) и + 30 (если много отдаленных метастазов). Пациенты с суммой баллов менее 50 относятся к 1-й группе, от 50 до 65 – ко второй, от 66 до 83 – к третьей, от 84 до 108 – к четвертой и более 108 – к пятой [1].

В своей работе E. Sampson и соавт. [3] при наблюдении за пациентами, страдающими РЩЖ с отдаленными метастазами, сделали попытку определить вес каждого из прогностических факторов (табл. 1).

Таким образом, наиболее значимыми прогностическими факторами по результатам одновариантного анализа являлись возраст, расположение отдаленных метастазов, гистологические данные и способность метастазов поглощать йод. Мультивариантный анализ выделил с поправкой на возраст как прогностические фак-

торы только гистологические данные и активность в отношении йода [2, 3]. Рядом американских медицинских учреждений были определены «ведущие» с их точки зрения прогностические факторы при карциноме фолликулярно-клеточной дифференцировки (табл. 2) [4]. На основании указанных прогностических факторов были выделены 3 группы риска. К низкой группе риска относятся пациенты молодого возраста с благоприятными опухоль-ассоциированными факторами, к группе высокого риска относятся пожилые пациенты с неблагоприятными опухоль-ассоциированными факторами. Молодые пациенты с неблагоприятными опухоль-ассоциированными факторами и пожилые пациенты с благоприятными опухоль-ассоциированными факторами относятся к промежуточной группе риска [4].

Таким образом, необходимость поиска и оценки роли различных факторов прогноза определяется возможностью их применения в анализе особенностей характера заболевания, определении групп риска и выработке адекватной тактики хирургического лечения на основании полученных данных.

Материал и методы исследования

Современные математические методы позволяют с высокой точностью предсказать результаты лечения онкологических больных, в т. ч. определить прогностические факторы, выживаемость, ответ опухоли на тот или иной вид лечения. В нашем исследовании статистическая обработка его результатов проведена с помощью специального программного обеспечения (СПО-1) для анализа выживаемости. Изучение выживаемости больных всех клинических групп проводилось с использованием персонифицированного анализа многих факторов: возраст пациентов, распространенность заболевания, пол, морфологическая структура опухоли, наличие или отсутствие остаточной опухоли (индекс

Таблица 1. Прогностические критерии при лечении РЩЖ
Table 1. Prognostic criteria during thyroid cancer treatment

Фактор <i>Factor</i>	Одновариантный анализ <i>Univariate analysis</i>		Мультивариантный анализ <i>Multivariate analysis</i>	
	3-летняя выживаемость <i>3-year survival</i>	p	KP (доверительный интервал) <i>CI</i>	p
Возраст <i>Age</i>		0,004	1,02 (0,98 – 1,06)	0,38
≤ 45 лет 45 у.о.	100 %			
46-60 лет 46-60 у.о.	67 %			
>60 лет 60 у.о.	60 %			
Метастазы <i>metastases</i>		0,02		
Только легкие <i>Only lungs</i>	77 %			
Только кости <i>Only bones</i>	56 %			
Гистология (папиллярный, фолликулярный) <i>Histology (papillary, follicular)</i>		0,06	3,7 (1,1 – 12,1)	0,3
Папиллярный <i>papillary</i>	75 %			
Фолликулярный <i>follicular</i>	62 %			
Способность накапливать йод (нет/да) <i>Ability for iodine absorption</i>		0,02	3,4 (1,2 – 9,2)	0,2
Нет <i>no</i>	57 %			
Да <i>yes</i>	82 %			
Хирургическое удаление метастазов (да/нет) <i>Surgical removal of metastases</i>		0,34		
Да <i>yes</i>	76 %			
Нет <i>No</i>	66 %			
Уровень тиреоглобулина <i>Thyroglobulin level</i>		0,09		
≤ 10 пкмоль/л <i>pkmol/l</i>	88 %			
> 10 пкмоль/л	76 %			

Примечание. KP – коэффициент риска (отношение вероятности наступления некоторого негативного события для первой группы объектов к вероятности наступления этого же события для второй группы объектов). Если KP = 1, то вероятность наступления события в группах одинаковая, если KP > 1, то событие чаще происходит с объектами из первой группы, если KP < 1, то событие чаще происходит с объектами из второй группы.

Note: CI – confidence interval (relation of any negative event possibility for the 1st group of objects to the same event possibility for the 2nd group). If CI=1, this possibility is equal in both groups, if CI>1, this event happens more frequently with objects from the 1st group, if CI<1, this event happens more frequently with the 2nd group patients.

RO/R1), характер комбинированного лечения, сроки выполнения операции, сопутствующая патология. Выходные данные СПО-1 представлены таблицей персонифицированной выживаемости пациентов. СПО-1 позволяет анализировать выживаемость пациентов с учетом выбытия, при этом выбывшие пациенты учитываются как умершие в связи с основным заболеванием.

В наше исследование включены данные 314 пациентов с местно-распространенным и метастатическим РЩЖ. Отдаленные результаты прослежены у 292 больных (93,0 % наблюдений). Судьба остальных 22 пациентов неизвестна (7,0% наблюдений).

В первую группу включены данные 101 пациента, которым были выполнены хирургические вмешательства в связи с рас-

пространенностью опухолевого процесса, соответствующей индексам T3N0M0 и T4N0M0, а также с продолженным ростом или рецидивом РЩЖ после предшествующего лечения, распространяющимся на соседние анатомические органы и структуры.

Во вторую группу объединены данные 120 пациентов, которым были выполнены хирургические вмешательства в связи с местно-распространенным и метастатическим РЩЖ, соответствующим индексам T3N1aM0, T3N1bM0, T4N1aM0; T4N1bM0, а также больных с продолженным ростом или рецидивом РЩЖ после предшествующего хирургического лечения, распространяющимся на соседние анатомические органы и структуры, с выявленными

Таблица 2. Прогностическая важность различных факторов при РЩЖ (данные американских клиник)
Table 2. Prognostic importance of various factors in Thyroid cancer (US clinics data)

<i>Memorial Sloan-Kettering Cancer Center</i>	<i>Mayo Clinic, 1987</i>	<i>Mayo Clinic, 1993</i>	<i>Lahey Clinic</i>	<i>Karolinska Institute</i>
Дифференцированность <i>Differentiation</i>	Возраст <i>Age</i>	Отдаленные метастазы <i>Distant metastases</i>	Возраст <i>Age</i>	Плоидность ДНК <i>DNA ploidy</i>
Возраст <i>Age</i>	Дифференцированность <i>Differentiation</i>	Возраст <i>Age</i>	Метастазы <i>Metastases</i>	Возраст <i>Age</i>
Метастазы <i>Metastases</i>	Распространенность <i>Spread</i>	Полнота (достаточность) резекции <i>Completeness of resection</i>	Распространенность <i>Spread</i>	Метастазы <i>Metastases</i>
Распространенность <i>Spread</i>	Размер <i>Size</i>	Инвазия <i>Invasion</i>	Размер <i>Size</i>	Распространенность <i>Spread</i>
Размер <i>Size</i>		Размер <i>Size</i>		Размер <i>Size</i>

метастазами РЩЖ в лимфатические узлы шеи и/или передне-верхнего средостения (ПВС).

В третью группу включены данные 73 пациентов, которым выполнены только операции по поводу метастазов РЩЖ, или продолженного роста метастазов, или рецидива метастазов в лимфатические узлы шеи и ПВС после предшествующего хирургического или комбинированного лечения.

В четвертую клиническую группу включены данные 20 больных, которым были проведены операции по поводу отдаленных метастазов РЩЖ различных локализаций.

Пример расчета персонафицированной выживаемости больных клинической группы с использованием СПО-1 представлена в таблице 3.

Результаты исследования

В первой клинической группе один пациент (1 % наблюдений) умер от причин не связанных с основным заболеванием через 7 лет, 9 (8,9 %) выбыли из наблюдения по неизвестным причинам. Анамнез 26 больных (25,7 %) прослежен в течение 10 лет. Пятилетняя выживаемость пациентов первой группы составила 90,7 %, а 10-летняя – 85,7 %.

Во второй клинической группе 3 пациента (2,5 % наблюдений) умерли (двое – в послеоперационном периоде в связи с наличием сопутствующей патологии, 1 – через год от основного заболевания), 7 (5,8 %) выбыли из наблюдения по неизвестным причинам. Анамнез 34 больных (28,3 %) прослежен в течение 10 лет. Пятилетняя выживаемость пациентов второй группы составила 84,9 %, а 10-летняя – 80,1 %.

В третьей клинической группе 3 пациента (4,1 % наблюдений) умерли (1 – от сопутствующей патологии, двое – от основного заболевания), 4 (5,8 %) выбыли из наблюдения по неизвестным причинам. Анамнез 23 больных (31,5 %) прослежен в течение 10 лет. Пятилетняя выживаемость пациентов второй группы составила 90,0 %, а 10-летняя – 83,3 %.

В четвертой клинической группе 2 пациента (10,0 % наблюдений) умерли (1 – в послеоперационном периоде в связи с наличием сопутствующей патологии, 1 – через 2 года от основного заболевания), 2 (10,0 %) выбыли из наблюдения по неизвестным причинам.

В 4-й клинической группе нам удалось зафиксировать случаи 5 и 10-летней выживаемости, однако в связи с уникальностью каждого наблюдения требуется дальнейшее изучение показателей в процессе катанестического исследования. Обобщенный статистический анализ выживаемость больных всех клинических групп представлен в таблице 4 и на рисунке. Как следует из таблицы, 5-летняя общая выживаемость больных всех клинических групп составила 86,3 %, а 10-летняя – 80,5 %.

Таким образом, анализ отдаленных результатов лечения больных с местно-распространенным и метастатическим РЩЖ показал, что 10-летняя выживаемость больных в первых трех группах практически одинакова: 1-я – 85,7 %; 2-я – 80,1 %; 3-я – 83,3 %. Выполнение различных вариантов мультидисциплинарных хирургических вмешательств у больных с отдаленными метастазами РЩЖ позволило продлить жизнь пациентов и создать более благоприятные условия для дальнейшего комбинированного или комплексного лечения, что позволило зафиксировать случаи 5 и 10-летней выживаемости.

Сравнительный анализ выживаемости больных 1-й клинической группы с учетом возраста представлен в таблице 5.

Как следует из таблицы, в первой клинической группе 5-летняя выживаемость у лиц до 45 лет составила 100,0 %, от 45 до 60

Таблица 3. Персонафицированная выживаемость больных 3-й группы
Table 3. Personified survival of patients from the 3rd group

№	Наблюдение Case	Год операции Year of surgery	Время наблюдения, годы Follow up period				
			0	1	3	5	10
1	Б.	2000	+	+	+	+	+
2	И.	2002	+	+	+	+	+
3	К.	2010	+	+	+	X	X
4	К.	2001	+	+	+	+	-
5	Н.	2001	+	+	+	+	+
6	Н.	2010	+	+	+	X	X
7	О.	2000	+	+	+	+	+
8	Ц.	2000	+	+	+	+	+
9	А.	2000	+	+	+	+	+
10	А.	2012	+	+	X	X	X
11	А.	2003	+	+	+	+	+
12	Б.	2010	+	+	+	X	X
13	В.	2009	+	+	+	X	X
14	Г.	2010	+	+	+	X	X
15	Г.	2001	+	+	+	+	+
16	Г.	2012	+	+	X	X	X
17	Е.	2012	+	+	X	X	X
18	З.	2010	+	+	+	X	X
19	З.	2002	+	+	+	+	+
20	И.	2012	+	+	X	X	X
21	К.	2012	+	+	X	X	X
22	К.	2008	+	+	+	+	X
23	К.	2009	+	+	+	X	X
24	К.	2009	+	+	+	X	X
25	К.	2010	+	+	+	X	X
26	К.	2001	+	+	+	+	+
27	М.	2000	+	+	+	+	+
28	Н.	2012	+	+	X	X	X
29	П.	2009	+	+	+	X	X
30	П.	2011	+	+	-	-	-
31	С.	2009	+	+	В	В	В
32	С.	2000	+	+	+	+	+
33	С.	2000	+	+	+	+	+
34	У.	2003	+	+	+	+	+
35	Ш.	2007	+	+	+	+	X
36	Щ.	2004	+	+	+	+	X
37	Щ.	2010	+	+	+	X	X
38	П.	2003	+	+	В	В	В
39	Т.	2007	+	+	+	+	X
40	А.	2011	+	+	X	X	X
41	З.	2011	+	+	X	X	X
42	З.	2010	+	+	+	X	X
43	И.	2001	+	+	В	В	В
44	К.	2003	+	+	+	+	+
45	М.	2002	+	+	+	+	+
46	М.	2009	+	+	+	X	X
47	М.	2011	+	+	X	X	X
48	О.	2010	+	+	+	X	X
49	П.	2003	+	+	+	+	+

Таблица 3. Персонафицированная выживаемость больных 3-й группы
Table 3. Personified survival of patients from the 3rd group

50	С.	2009	+	+	+	х	х
51	Т.	2010	+	+	+	х	х
52	Т.	2009	+	+	+	х	х
53	Т.	2002	+	+	+	+	+
54	В.	2003	+	+	в	в	в
55	Д.	2001	+	+	+	+	+
56	Б.	2001	+	+	+	+	+
57	В.	2002	+	+	+	+	+
58	Ж.	2010	+	+	+	х	х
59	К.	2002	+	+	+	+	+
60	М.	2005	+	+	+	+	х
61	О.	2006	+	+	+	+	х
62	Р.	2009	+	+	+	х	х
63	Р.	2003	+	+	+	+	+
64	С.	2011	+	+	х	х	х
65	С.	2003	+	+	+	-	-
66	А.	2005	+	+	+	+	х
67	Г.	2007	+	+	+	+	х
68	Т.	2009	+	+	+	х	х
69	П.	2010	+	+	+	х	х
70	С.	2010	+	+	+	х	х
71	Ф.	2010	+	+	+	х	х
72	М.	2010	+	+	+	х	х
73	Б.	2007	+	+	+	+	х

Примечание. + – пациент жив; в – пациент выбыл из наблюдения; – – пациент умер по причинам, связанным с заболеванием; х – время наблюдения после операции еще не завершилось.
 Note: +- patient alive; в – dropped-off patient; - - patients dropped-off due to disease; х – follow up period is not enough for evaluation.

лет – 97,9 %, старше 60 лет – 73,1 %, а 10-летняя выживаемость – 100,0, 96,9 и 62,4 % соответственно. Таким образом, в первой клинической группе выявлено снижение показателей 5- и 10-летней выживаемости у лиц старше 60 лет. Сравнительный анализ выживаемости больных 2-й клинической группы с учетом возраста представлен в таблице 6. Как следует из таблицы, во второй клинической группе 5-летняя выживаемость у лиц до 45 лет составила 92,3 %, от 45 до 60 лет – 84,2 %, старше 60 лет – 72,8 %, а 10-летняя выживаемость – 89,5, 79,6 и 65,1 % соответственно.

Таким образом, во второй клинической группе выявлено снижение показателей 5- и 10-летней выживаемости у лиц от 45 до 60 лет и старше 60 лет (при появлении метастазов РЦЖ в лимфоузлах шеи и ПВС). Сравнительный анализ выживаемости больных 3-й клинической группы с учетом возраста представлен в таблице 7. Как следует из таблицы, в третьей клинической группе 5-летняя выживаемость у лиц до 45 лет составила 100,0 %, от 45 до 60 лет – 84,2 %, старше 60 лет – 84,5 %, а 10-летняя выживаемость – 100,0, 73,6 и 75,7 % соответственно.

Таким образом, в третьей клинической группе, как и во второй, выявлено снижение показателей 5- и 10-летней выживаемости у лиц от 45 до 60 лет и старше 60 лет (при появлении метастазов РЦЖ в лимфоузлах шеи и ПВС). Как следует из таблицы, в четвертой клинической группе 5-летняя выживаемость у лиц до 45 лет составила 100,0 %, от 45 до 60 лет – 100,0 %, старше 60 лет – 49,6 %, 10-летняя выживаемость – 100,0, 100,0 и 38,1 % соответственно (с учетом того факта, что лица старше 60 лет составили 80 % наблюдений). Сравнительный анализ выживаемости больных всех клинических групп с учетом пола пациентов представлен в таблице 9. В первой клинической группе 5-летняя выживаемость у лиц мужского пола составила 100,0 %, у лиц женского пола – 89,65 %, а 10-летняя выживаемость – 100,0 и 84,15 % соответственно. Показатели 10-летней выживаемости в этой группе у мужчин и женщин практически не различались.

Таблица 4. Выживаемость больных всех клинических групп (%)
Table 4. Overall survival, %

Годы Years	Общая Total	Группа Group			
		1	2	3	4
0	99,0	100,0	98,3	100,0	94,7
1	97,8	100,0	95,8	100,0	89,8
3	92,0	95,1	90,2	95,6	72,9
5	86,3	90,7	84,9	90,0	59,6
10	80,5	85,7	80,1	83,3	49,0

Таблица 5. Выживаемость больных 1-й группы в зависимости от возраста
Table 5. Survival in the 1st group in regards to the age

Годы Years	В целом Total	Возраст (годы) Age (years)		
		< 45	45–60	> 60
0	100,0	100,0	100,0	100,0
1	100,0	100,0	100,0	100,0
3	95,1	100,0	99,0	84,0
5	90,7	100,0	97,9	73,1
10	85,7	100,0	96,9	62,4

Таблица 6. Выживаемость больных 2-й группы в зависимости от возраста
Table 6. Survival in the 2nd group in regards to the age

Годы Years	В целом Total	Возраст (годы) Age (years)		
		< 45	45–60	> 60
0	98,3	100,0	97,3	96,6
1	95,8	98,0	94,7	93,2
3	90,2	95,1	89,3	82,1
5	84,9	92,3	84,2	72,8
10	80,1	89,5	79,6	65,1

Таблица 7. Выживаемость больных 3-й группы в зависимости от возраста
Table 7. Survival in the group in regards to the age

Годы Years	В целом Total	Возраст (годы) Age (years)		
		< 45	45–60	> 60
0	100,0	100,0	100,0	100,0
1	100,0	100,0	100,0	100,0
3	95,6	100,0	91,7	94,8
5	90,0	100,0	84,2	84,5
10	83,3	100,0	73,6	75,7

Таблица 9. Выживаемость больных всех клинических групп в зависимости от пола
 Table 9. Survival of patients from all groups in regards to the gender

Годы years	Группы Groups								
	1-я			2-я			3-я		
	Общая overall	М males	Ж females	Общая Total	М males	Ж females	Общая Total	М males	Ж females
0	100,0	100,0	100,0	98,3	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1	100,0	100,0	100,0	95,8	87,7	100,0	100,0	100,0	100,0
3	95,1	100,0	94,5	90,2	73,6	98,7	95,6	88,9	98,0
5	90,7	100,0	89,65	84,9	62,1	97,4	90,0	73,5	96,1
10	85,7	100,0	84,15	80,1	52,9	96,2	83,3	61,1	92,3

Во второй клинической группе 5-летняя выживаемость у лиц мужского пола составила 62,1 %, у лиц женского пола – 97,4 %, а 10-летняя выживаемость – 52,9 и 96,2 % соответственно.

При появлении метастазов РЩЖ в лимфоузлы шеи и ПВС отмечено резкое снижение 10-летней выживаемости у пациентов мужского пола. Эта тенденция прослеживается во всех группах.

В третьей клинической группе 5-летняя выживаемость у лиц мужского пола составила 73,5 %, у лиц женского пола – 96,1 %, а 10-летняя выживаемость – 61,1 и 92,3 % соответственно. Как и в второй группе, показатели 10-летней выживаемости у мужчин были значительно ниже, чем у женщин. В четвертой клинической группе 5-летняя выживаемость в зависимости от пола не изучалась.

Обсуждение

Как уже отмечалось выше, современные математические методы позволяют предсказать результаты лечения онкологических больных, в т. ч. определить прогностические факторы.

Проведенный нами сравнительный анализ выживаемости больных всех клинических групп с учетом возраста и пола пациентов выявил значительное снижение показателей 10-летней выживаемости у больных старше 60 лет (1-я группа – 62,4 %, 2-я группа – 65,1 %, 3-я группа – 75,7 %, .

При появлении метастазов РЩЖ в лимфатических узлах шеи и ПВС у мужчин 10-летняя выживаемость резко снижается по сравнению с ее показателями у женщин. Так, в 1-й группе она составила у мужчин 100,0 % (на показатель влиял малый удельный вес лиц мужского пола в этой группе), у женщин – 84,15 %. Во 2-й и 3-й клинических группах 10-летняя выживаемость у мужчин

составила соответственно 52,9 и 61,1 %, а у женщин – 96,2 и 92,3 %. Следует отметить, что при наличии отдаленных метастазов РЩЖ (4-я группа) показатели 10-летней выживаемости требуют дальнейшего изучения у пациентов обоих полов.

Таким образом, при лечении местно-распространенного и метастатического РЩЖ такие биологические факторы, как пол и возраст, играют важное прогностическое значение [1, 4].

Заключение

РЩЖ несмотря на наружную локализацию при первичной диагностике в значительном числе наблюдений уже имеет местно-распространенный и метастатический характер. Лечение таких форм представляется достаточно сложным и все еще далеко от оптимального. Активная лечебная тактика в виде оперативного удаления опухоли и ее дополнительных очагов не всегда достаточна для достижения стойкого лечебного результата. Дополнительные методы лечения в виде лучевой терапии также не являются надежными. Необходим поиск новых методов лечения, включая таргетные и другие методы. Важным компонентом в выработке плана лечения являются прогностические факторы. Как оказалось, для прогноза местно-распространенного и метастатического РЩЖ пол и возраст имеют важнейшее значение. У лиц пожилого возраста прогноз резко ухудшается при метастатическом процессе. Также выявлена закономерность ухудшения прогноза при наличии метастазов у лиц мужского пола. Эти и другие данные о влиянии пола и возраста должны учитываться при выработке плана лечения и динамического наблюдения за пациентами.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидной желез. ИПК «Вести». Санкт-Петербург, 2009. 647 с. // Romanchishen A.F. Thyroid and parathyroid surgery. IPK "Vesti", St-Petersburg, 2009. 647 p.
2. Griebeler M.L., Gharib H., Thompson G.B. Medullary Thyroid Carcinoma. *Endocr. Pract.* 2013;19(4):703–11.
3. Sampson E., Brierley J.D., Le L.W., Rotstein L., Tsang R.W. Clinical management and outcome of papillary and follicular (differentiated) thyroid cancer presenting with distant metastasis at diagnosis. *Cancer.* 2007;110(7):1451–56.
4. Shah J., Patel S.G., Singh B. *Head and neck surgery and oncology. Fourth edition.* 2012. Elsevier. 838 p.

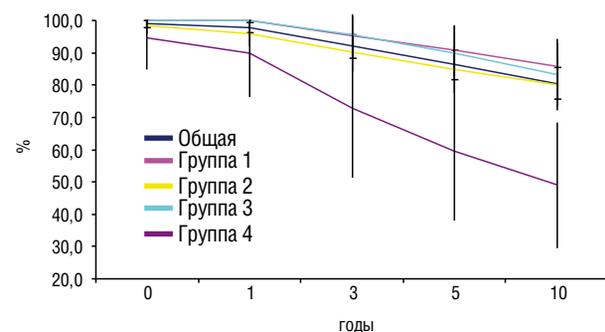


Рисунок. Выживаемость больных всех клинических групп

Figure. Overall survival

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ ТРАВМАХ НОСА

DIAGNOSTIC EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND IN CASES OF NASAL TRAUMA

Ю.Ю. Русецкий, И.О. Чернышенко

Кафедра оториноларингологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва
ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», Тольятти
Контакты: Чернышенко Инна Олеговна – e-mail: inna_chernysh@inbox.ru

Yu.Yu. Rusetzkij, I.O. Chernyshenko

*The 1st Moscow I.M. Sechenov state medical university, department of otorhinolaryngology, Moscow
Togliatti city clinical hospital № 5, Togliatti
Contacts: Inna Chernyshenko Olegovna – e-mail: inna_chernysh@inbox.ru*

Целью проведенного исследования стало определение диагностической эффективности ультразвукографии для выявления переломов костей носа (ПКН) и оценки травмированных структур после вправления. За период с 2010 по 2014 г. было обследовано 85 пациентов с ПКН. Ультразвуковое (УЗ) сканирование проводили на аппарате экспертного класса «General Electric LOGIQ E9» мультислотным линейным датчиком (6–15 МГц).

УЗ исследование (УЗИ) носа выполняли в разработанных нами четырех проекциях: продольной, передней, боковой правой и боковой левой. При УЗИ наружного носа ПКН обнаружен у всех 85 пациентов (100%). При обследовании 36 здоровых добровольцев в 100 % наблюдений была обнаружена нормальная УЗ-картина наружного носа. Ключевые показатели диагностической эффективности ультразвукографии при ПКН следующие: чувствительность – 100 %, специфичность – 100 %, точность – 100 %. Для оценки эффективности проводимых вмешательств через 6 месяцев после репозиции КН проводилось УЗИ наружного носа у 34 (40 %) из 85 пациентов.

В 28 (82,4 %) наблюдениях УЗ картина костных структур носа соответствовала нормальной; у 6 (17,6 %) пациентов были выявлены изменения сонографической картины КН. Таким образом, проведенные исследования позволили оценить ультразвукографию как высокоинформативный, диагностически значимый метод, позволяющий в 100 % случаев выявить ПКН и представляющий собой альтернативу рутинной рентгенографии. Послеоперационный УЗ-контроль является простым, надежным, безопасным и эффективным способом контроля точности сопоставления отломков, что обосновывает целесообразность включения ультразвукографии в протокол лечения пациентов с ПКН.

Ключевые слова: перелом костей носа, репозиция костей носа, ультразвукография.

ABSTRACT

The main aim of presented study was the estimation of ultrasound diagnostic effectiveness for nasal bones fractures detection as well as the evaluation of injured structures condition after reposition. Within the period from 2010 to 2014 eighty five patients with nasal bones fractures were examined with the use of expert class ultrasound unit «General Electric LOGIQ E9», multifrequency linear transducer with amplitude 6–15 MHz.

Nasal ultrasound was carried out in four planes: longitudinal, anterior, left and right lateral. Nasal bones fractures were discovered in all 85 patients (100%). The examination of 36 healthy volunteers showed normal external nose ultrasound picture. Thus, the key markers of ultrasound diagnostic effectiveness were: sensitivity – 100%, specificity – 100%, accuracy – 100%. Repeated examination was performed in 34 patients (40%) 6 months later in order to evaluate the efficacy of treatment manipulations.

The sonographic picture of nasal bones structure appeared to be normal in 28 patients (82,4%) while 6 of them (17,6%) revealed changes in it. We made a conclusion that ultrasound is a highly informative and diagnostically significant method allowing 100% detection of nasal bones fractures and coming as an alternative to routine X-ray of facial skull. Postoperative ultrasound control of bone pieces reposition seems to be simple, safe and effective approach making it reasonable to be included into treatment protocols.

Key words: nasal bones fracture, nasal bones reposition, ultrasound examination.

Интерес к диагностике переломов костей носа (ПКН) вызван их широкой распространенностью, частотой развития серьезных посттравматических косметических и функциональных нарушений, которые могут стать причиной эмоционального дискомфорта пациента, отрицательно отражаясь на его трудоспособности и социальной полноценности [1, 2].

Основным способом выявления ПКН остается рентгенография костей носа в боковой и затылочно-подбородочной проекциях [3, 4]. Однако, по данным литературы и нашим наблюдениям, чувствительность этого метода при ПКН составляет менее 70 %, поэтому при рентгенонегативных переломах диагностика проводится лишь на основании анамнестических данных и при клиническом исследовании [5–7]. В то же время ситуации, связанные с судебной-медицинской экспертизой, производственными травмами и страхованием, диктуют необходимость подтверждения ПКН каким-либо методом медицинской визуализации [8, 9]. Одним из важнейших направлений современной диагностики является развитие ультразвукового исследования (УЗИ) костной системы — остеосонографии, которая позволяет визуализировать периост, дефекты и объемные образования на поверхности кости, смещение отломков, костную мозоль [10, 11]. Нами еще в 2004 г. была предложена и разработана методика выявления ПКН с помощью ультразвукографии [12].

Визуализация состояния КН необходима и после хирургического лечения. Так, для оценки правильности проведенного вправления отломков КН Ф.С. Бокштейн (1956) рекомендовал производить рентгенографию после репозиции. Между тем, большинство авторов не упоминают о рентгенологическом контроле и точность сопоставления костных фрагментов предлагают оценивать при осмотре по форме наружного носа и пальпаторно [2, 13]. Известно, что процесс восстановления кости после перелома с образованием едва заметной и полноценной мозоли протекает наиболее совершенно при отсутствии смещения костных отломков и наличии плотного соприкосновения их по плоскости перелома [14]. Традиционная техника репозиции КН не предусматривает использование какого-либо лучевого метода в качестве визуального контроля сопоставления отломков в ходе вмешательства, поэтому обоснованным является поиск удобного и безвредного для пациента метода диагностики перелома и контроля положения отломков во время вправления.

Безопасность, экономичность, высокая информативность УЗИ для диагностики различной патологии внутренних органов, костно-мышечной системы, а также успешное применение метода в ходе лечебных вмешательств [10, 15] оправдывают использование ультразвукографии для выявления переломов и послеоперационного контроля состояния отломков КН. В последние годы в этой области нами накоплен опыт применения современного оборудования экспертного класса с широкими возможностями визуализации, получены новые клинические данные.

Цель исследования состояла в определении диагностической эффективности ультразвукографии для выявления ПКН и оценки травмированных структур после вправления отломков.

Материал и методы исследования

Обследованы 85 пациентов в возрасте от 15 до 64 лет (26 женщин, 59 мужчин) с ПКН из числа поступивших в оториноларингологическое отделение ГКБ № 5 г. Тольятти для оказания экстренной помощи за период с января 2010 по январь 2014 г. Критерием включения в исследование были клинически и рентгенологически подтвержденный ПКН со смещением отломков. Критериями исключения из исследования были выраженный отек

мягких тканей наружного носа, переломы стенок околоносовых пазух, сопутствующая черепно-мозговая травма. Для определения специфичности метода ультразвукографии была сформирована группа из 36 здоровых добровольцев (25 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 16 до 45 лет, у которых в анамнезе не было указаний на травму носа и при осмотре не выявлено патологии наружного носа.

УЗ сканирование проводили на аппарате экспертного класса «General Electric LOGIQ E9» (США) мультисекторным линейным датчиком (6–15 мГц). В процессе работы использовали В-режим и серошкальную визуализацию. Обследование пациентов проводили в положении лежа на спине. УЗИ носа выполняли в разработанных нами четырех проекциях: продольной, передней, боковой правой и боковой левой. Для изучения структур наружного носа в продольной проекции датчик устанавливали вдоль спинки носа; в поперечной проекции датчик располагали перпендикулярно спинке носа; в боковых проекциях датчик плавно перемещали по поверхности бокового ската носа от латерального края грушевидной апертуры до линии, соединяющей медиальный угол глаза и крыло носа. Регистрацию изображения производили путем печати на термовидеопринтере. Для документального подтверждения наличия деформации костной пирамиды носа и оценки эстетического результата репозиции отломков КН проводили фотографирование лица до и после вмешательства. Фотографии делали в четырех стандартных позициях. Данные заносились в компьютерный архив снимков.

Расчет ключевых показателей диагностической эффективности производился с помощью таблиц сопряженности.

Результаты исследования

При УЗИ у 36 здоровых добровольцев была определена нормальная УЗ картина наружного носа (рис. 1). Во всех проекциях кожа наружного носа визуализируется как гиперэхогенный

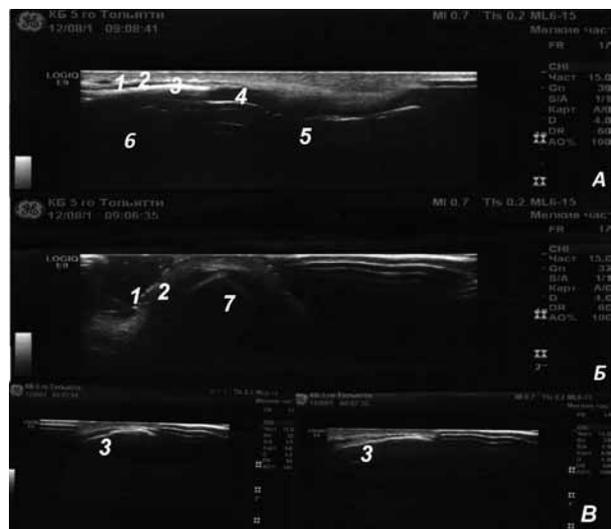


Рис. 1. Нормальная УЗ картина наружного носа.

А — продольная проекция; Б — поперечная проекция; В — боковые правая и левая проекции.

1 — кожа, 2 — подкожно-жировой и мышечный слои, 3 — КН, 4 — хрящи носа, 5 — акустическая «дорожка», 6 — дистальная акустическая тень, 7 — перпендикулярная пластинка решетчатой кости

Figure 1. Normal ultrasound picture of external nose.

A — longitudinal; Б — transverse; В — right and left lateral. 1 — skin, 2 — adipose and muscles, 3 — nasal bones, 4 — nasal cartilages, 5 — acoustic path, 6 — distal acoustic shadow, 7 — perpendicular lamella of ethmoidal labyrinth

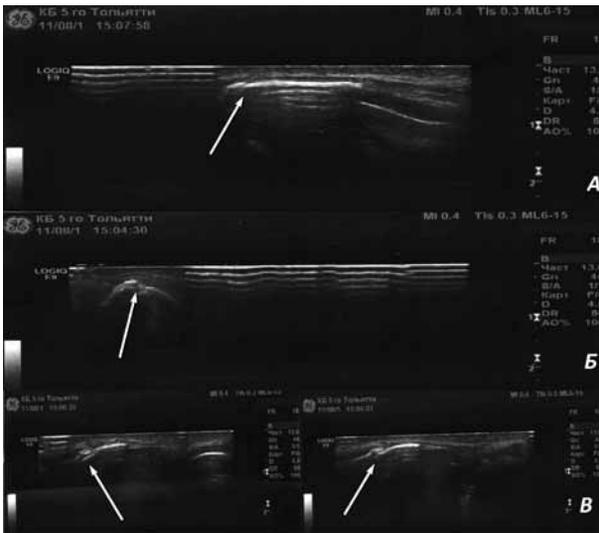


Рис. 2. Признаки ПКН (стрелкой указана зона перелома).

А – продольная проекция; Б – поперечная проекция; В – боковые правая и левая проекции

Figure 2. Nasal bones fractures signs (arrow).

A – longitudinal, Б – transverse; B – right and left lateral

однородный слой, подкожная жировая клетчатка и мышцы – в виде гипозоногенного слоя с мелкоочечными включениями. В передней продольной проекции корень носа и КН представлены в виде плавной дугообразной гиперэхогенной линии. При смещении датчика к верхушке носа определяется область верхнего края четырехугольного и верхних латеральных хрящей в виде более яркой, чем кость, гиперэхогенной однородной структуры, обусловленной наличием воздуха в полости носа. Хрящ не отражает эхосигнал и выглядит как анэхогенная структура. В передней поперечной проекции костная пирамида визуализируется в виде гиперэхогенной непрерывной однородной дугообразной линии по форме напоминающей арку. При установлении датчика в месте соединения костной и хрящевой частей появляется изображение перегородки носа в виде тонкой линии, расположенной по радиусу «арки». В боковой проекции КН визуализируются в виде тонкой (1–1,5 мм) гиперэхогенной непрерывной однородной линии. За костными структурами носа определяется дистальная акустическая тень. При смещении датчика по направлению к верхушке визуализируются хрящевая область в виде яркой гиперэхогенной полосы, хрящ представлен анэхогенной линией. Внутриноссовые структуры не визуализируются.

Методом ультразвукографии обследовано 85 пациентов с ПКН. В результате исследования был выявлен основной УЗ признак ПКН – наличие анэхогенной полосы, нарушающей непрерывность гиперэхогенной линии КН (рис. 2). Косвенными признаками ПКН являются наличие гипозоногенного участка на фоне дистальной акустической тени кости, а также участка пониженной эхогенности над зоной перелома, обусловленного отеком мягких тканей. Смещение отломков визуализируется в виде «ступеньки». При оскольчатых переломах можно определить изолированный костный отломок в виде небольшого гиперэхогенного участка, расположенного выше или ниже линии КН. Признаком периостита является утолщение гиперэхогенной линии КН носа до 2–2,5 мм.

При УЗИ наружного носа ПКН обнаружен у всех 85 пациентов (100 %). При обследовании 36 здоровых добровольцев в 100 %

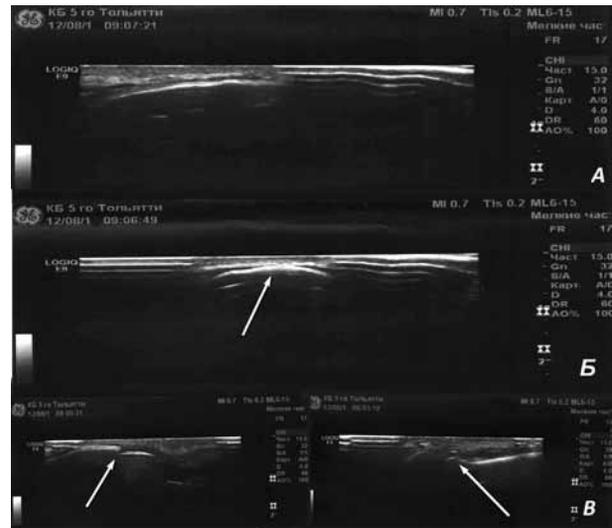


Рис. 3. Ультрасонограммы КН через 6 месяцев после травмы.

А – КН визуализируются в виде ровной гиперэхогенной линии; Б – КН визуализируются в виде «ломаной» линии; В – справа определяется участок в виде «ступени», слева – область повышенной эхогенности с утолщением в виде «манжетки»

Figure 3. Nasal bones ultrasound, 6 months after trauma.

A – nasal bones visualized as an even hyperechoic line; Б – nasal bones visualized as “broken” line; В – to the right: “stepped” site, to the left: hyperechoic site with thickening as a “cuff”

наблюдений была обнаружена нормальная УЗ картина наружного носа. Ключевые показатели диагностической эффективности ультразвукографии при ПКН следующие: чувствительность – 100 %, специфичность – 100 %, точность – 100 %.

Для оценки эффективности проводимых вмешательств через 6 месяцев после репозиции КН проводилось УЗИ наружного носа у 34 (40 %) из 85 пациентов (рис. 3). В 28 (82,4 %) случаев УЗ-картина костных структур носа соответствовала нормальной; в 4 (11,7 %) наблюдениях на фоне ровной дугообразной гиперэхогенной линии КН выявлялись участки повышенной эхогенности; косметический результат у данных пациентов был расценен как удовлетворительный. В 1 (2,9 %) наблюдении определялась неровная однородная яркая гиперэхогенная «ломаная» линия без участков пониженной эхогенности, с типичной эхотенью за костными структурами; у 1 (2,9 %) пациента определялось смещение костных фрагментов в виде «ступеньки», с гипозоногенным участком, прерывающим гиперэхогенную линию КН, на фоне эхотени выявлялись гипозоногенные структуры, косметический результат неудовлетворительный.

Обсуждение результатов

Следует отметить, что в последние годы появились другие сообщения о применении ультразвука для выявления ПКН, в которых все авторы указывают на высокую диагностическую эффективность метода [16–19]. По данным O. Thiede и соавт. (2005), результаты УЗИ боковых скатов превосходят рентгенографию в затылочно-подбородочной проекции, но УЗИ спинки носа немного уступает рентгенографии в боковой проекции, хотя в целом диагностические показатели ультразвукографии по выявлению переломов высоки, и авторы предлагают полностью отказаться от рентгенографии [20]. M. Abu-Samra и соавт. (2013) показали, что результаты УЗИ носа сопоставимы

с данными компьютерной томографии, а учитывая такие преимущества УЗИ, как отсутствие ионизирующего излучения и простоту использования, авторы делают вывод, что ультразвук может быть альтернативой основным методом в диагностике повреждений КН, особенно у беременных женщин и детей [21].

Таким образом, проведенные исследования позволяют оценить ультрасонографию как высокоинформативный, диагностически значимый метод, позволяющий в 100 % случаев выявить ПКН и составляющий альтернативу рутинной рентгенографии.

Послеоперационный УЗ контроль является простым, надежным, безопасным и эффективным способом контроля точности сопоставления отломков, что обосновывает целесообразность включения ультрасонографии в протокол лечения пациентов с ПКН.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Александров Н.М., Аржанцев П.З. Травмы челюстно-лицевой области. М.: Медицина, 1986. // Alexandrov N.M., Arzhantsev P.Z. Maxillo-facial traumas. M.: Medicine, 1986.
2. Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., Магомедов М.А., Артемьев М.Е., Суриков Е.В., Кудрявцева Ю.С. Оптимизация диагностики и лечения острой травмы носового скелета. Материалы IV Общероссийской ежегодной конференции оториноларингологов «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. Москва, 2005. С. 243–44. // Palchun V.T., Kunelskaya N.L., Magomedov M.A., Artemjev M.E., Surikov E.V., Kudryavtzeva Yu.S. Optimization of diagnostics and treatment of acute nasal bones trauma. Materials of IV Russian annual conference of otorhinolaryngologists "Reliability and authenticity of scientific information in otorhinolaryngology", Moscow, 2005. P.243–44.
3. Гинзбург В.Г. Основы рентгенологического исследования черепа. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1962. // Ginzburg V.G. Basics of X-ray examination of skull. M.: State publishing house of medical literature, 1962.
4. Nigam A., Goni A., Benjamin A., Dasgupta A.R. The value of radiographs in the management of the fractured nose. Arch. Emerg. Med. 1993;10(4):293–300.
5. Marcks R., Pirsig W. Long-term results of fractured nasal bones in adults. Clinical and roentgenographic examinations. HNO. 1977;5(5):187–92.
6. Gurkov R., Clevert D., Krause E. Sonography versus plain X-rays in diagnosis of nasal fractures. Am. J. Rhinol. 2008;22:613–16.
7. Русецкий Ю.Ю., Чернышенко И.О. Эндоскопическое исследование и оценка функционального состояния носа в остром периоде травмы. Российская оториноларингология. 2004;1:87–89. // Ruseckzi Yu. Yu., Chernyshenko I.O. Endoscopic examination and evaluation of functional condition of nose after acute trauma. Russian otorhinolaryngology, 2004;1:87–89.
8. Скопина Э.Л., Татаринова Т.Е., Галкин И.В. Значение нарушений дыхательной и обонятельной функции при судебно-медицинской экспертизе травм носа. Вестн. оториноларингологии. 1979;4:40–43. // Skopina E.L., Tatrinova T.E., Galkin I.V. The meaning of respiratory and olfactory disorders for medicolegal proceedings of nasal traumas. Vestnik of otorhinolaryngology, 1979;4:40–43.
9. Iltum P. Legal aspects in nasal fractures. Rhinology. 1991;29(4):263–66.
10. Зубарев А.В. Диагностический ультразвук. Костно-мышечная система. М.: ООО «Фирма Стром», 2002. // Zubarev A.V. Diagnostic ultrasound. Musculoskeletal system. M.: ООО "Firm Strom", 2002.
11. Вовченко А.Я., Куценко Я.Б. К вопросу о рабочей классификации ультразвукового исследования опорно-двигательной системы. Материалы 4-го съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. Тез. докл. Москва, 2003. С. 263–64. // Vovchenko A. Ya., Kutzenok Ya. B. Some questions concerning working classification of locomotor system ultrasound. Materials of 4th congress of Russian association of ultrasound specialists in medicine, Moscow, 2003. С. 263–64.
12. Еремичина Н.В., Чернышенко И.О., Русецкий Ю.Ю. Диагностика и лечение переломов костей носа с использованием ультрасонографии. Рос. Оториноларингология. 2007;4:73–79. // Eryomina N.V., Chernyshenko I.O., Ruseckzi Yu. Yu. Diagnostics and treatment of nasal bones fractures with ultrasound use. Russian otohehinolaryngology, 2007;4:73–79.
13. Бокштейн Ф.С. Внутриносовая хирургия. М.: Медгиз, 1956. // Bokshstein F.S. Intranasal surgery. M.: Medicine, 1979.
14. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов. М.: Медицина, 1979. // Kaplan A.V. Traumas of bones and joints. M.: Medicine, 1979.
15. Lou Y.T., Lin H.L., Lee S.S., et al. Conductor-assisted nasal sonography: an innovative technique for rapid and accurate detection of nasal bone fracture. J. Trauma Acute Care Surg. 2012;72(1):306–11.
16. Куницкий В.С., Семенов С.А. Диагностика переломов костей носа с использованием ультразвукового метода исследования. Вестн. оториноларингологии 2013;1:72–76. // Kunitzki V.S., seymonov S.A. Diagnostics of nasal bones fractures with the use of ultrasound methos. Vestnik of otorhinolaryngology, 2013;1:72–76.
17. Atighechi S., Baradaranfar M.H., Karimi G., et al. Diagnostic value of ultrasonography in the diagnosis of nasal fractures. J. Craniofac. Surg. 2014;25(1):51–53.
18. Javadrashid R., Khatoonabad M., Shams N., et al. Comparison of ultrasonography with computed tomography in the diagnosis of nasal bone fractures. Dentomaxillofac. Radiol. 2011;40(8):486–91.
19. Mohammadi A., Ghasemi-Rad M. Nasal bone fracture - ultrasonography or computed tomography? Med. Ultrason. 2011;13(4):292–95.
20. Thiede O., Krömer J.H., Rudack C., et al. Comparison of ultrasonography and conventional radiography in the diagnosis of nasal fractures. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2005;131:434–39.
21. Abu-Samra M., Selmi G., Mansy H., Agha M. Role of intra-operative ultrasound-guided reduction of nasal bone fracture in patient satisfaction and patient nasal profile (a randomized clinical trial). Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2011;268(4):541–46.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЗ ОДНОСТОРОННЕГО ПОДМЫШЕЧНОГО ДОСТУПА

VIDEO ASSISTED RESECTION OF THYROID FROM UNILATERAL AXILLARY APPROACH

И.В. Решетов, Ф.Е. Севрюков, А.К. Голубцов, О.П. Крехно

МНЦ им. П.А. Герцена, Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Контакты: Решетов Игорь Владимирович – e-mail: reshetoviv@mail.ru

I.V.Reshetov, F.E.Sevryukov, A.K.Golubtzov, O.P.Krekhno

Moscow P.A. Herten scientific center

Moscow I.M. Sechenov 1st State Medical University

Contacts: Reshetov Igor Vladimirovich – e-mail: reshetoviv@mail.ru

В статье проанализирован мировой опыт видеоассистированных резекций щитовидной железы (ЩЖ) из подмышечного доступа, представлен опыт хирургического лечения больных начальным раком ЩЖ в отделении микрохирургии МНИОИ им. Герцена. В период с 2010 по 2013 г. видеоассистированные хирургические вмешательства на ЩЖ из подмышечного доступа были выполнены у 11 пациентов с использованием эндовидеокомплекса и эндоскопических инструментов. Операции проводились при аденомах и высокодифференцированном папиллярном раке ЩЖ в объеме от гемитиреоидэктомии с истмусэктомией до субтотальной резекции ЩЖ с биопсией лимфатических узлов на стороне поражения. Возраст больных (9 женщин, 2 мужчин) составлял от 28 лет до 61 года. У трех больных были выявлены метастазы в лимфоузлы шеи, после чего им проводилась повторная операция в объеме тиреоидэктомии с шейной лимфаденэктомией на стороне поражения с последующей лучевой терапией радиоактивным йодом. У одной пациентки операция из подмышечного доступа завершилась конверсией в стандартный доступ на шею.

Среднее время хирургического вмешательства составило 150 минут. Подчеркивается, что операции на ЩЖ из внешней стороны существенно улучшают косметический результат, т. к. позволяют избежать образования рубцов в косметически важной области шеи. Хирургические вмешательства на ЩЖ из подмышечного доступа технически выполнимы и могут применяться при локализованных новообразованиях железы, требуя выработки строгих показаний при высокодифференцированных злокачественных опухолях.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, видеоассистированная резекция щитовидной железы, подмышечный доступ.

ABSTRACT

The world experience of video assisted thyroid resections from axillary approach has been analyzed in the following article, and the results of surgery of early thyroid cancer patients treated in the microsurgery department of P.A. Herten scientific research oncology center are also presented here. From 2010 to 2013 eleven patients with adenomas or well-differentiated papillary thyroid carcinomas underwent video assisted surgeries on thyroid gland from axillary approach with the use of endovideo complexes and endoscopic instruments. The most frequently performed types of surgery varied from hemithyroidectomy with isthmusectomy to subtotal thyroid resection with unilateral cervical lymphnodes biopsy.

The age of patients varied between 28 and 61 years old; there were 9 women and 2 men. Cervical lymphnodes metastases were detected in three of them and in this respect they went for the repeated surgery (thyroidectomy with cervical unilateral lymphadenectomy) followed by radioiodine treatment. In one case the operation from axillary approach was extended up to the standard surgery from cervical approach.

The average operation time was about 150 minutes. The authors emphasize that thyroid surgery from out of neck approach significantly improves cosmetic results as long as they allow escaping the scar formation in such a cosmetically important region. Such surgeries are technically feasible and can be safely applied in cases of localized thyroid neoplasms. Strict indications for video assisted operations are needed for patients with well-differentiated malignant thyroid tumors.

Key words: thyroid cancer, video assisted thyroid resection, axillary approach.

Развитие эндоскопической хирургии послужило основой для разработки новых органосохраняющих операций в онкологии при опухолях органов шеи. В настоящее время зарубежные и отечественные исследователи используют малоинвазивные доступы к щитовидной железе (ЩЖ) для операций на этом органе. Назрела необходимость оценить возможность эндоскопического метода при функционально-сохранных операциях на ЩЖ при опухолях и шире внедрить в практику малоинвазивные операции.

В настоящее время хирургические вмешательства на ЩЖ из малоинвазивных шейных и других доступов во всем мире проводятся при помощи модифицированных эндоскопических инструментов, а также робота-хирурга «Da Vinci».

К.Е. Lee и соавт. [1] отмечают, что роботизированная эндоскопическая тиреоидэктомия обеспечивает отличное оперативное поле зрения, позволяет легко идентифицировать жизненно важные структуры, а также обеспечивает хороший косметический результата и минимальную послеоперационную боль. Однако для роботизированной хирургии ЩЖ необходимо выработать строгие первоначальные критерии отбора пациентов.

J.R. Janus и соавт. [2] рассматривают в своей работе соответствующие анатомические аспекты, оперативные цели и клинические соображения в отношении роботизированной хирургии ЩЖ.

C.E. Stevenson и соавт. [3] описали 17 операций на 15 больных, которым были выполнены лобэктомии из трансаксиллярного доступа. Среднее общее время оперативного вмешательства составило 219,3 минуты. Все пациенты были выписаны на первые сутки после операции. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у трех пациентов: серомы у 2, отек подкожной жировой клетчатки у 2. Средний диаметр узла в ЩЖ был 1,9 (0,5–3,1) см.

E. Kandil и соавт. [4] привели опыт 50 трансаксиллярных резекций ЩЖ, 37 лобэктомий, 13 субтотальных резекций у 39 женщин и 11 мужчин. Средний возраст пациентов составил 48,2 (13–76) года. Средний размер узла был 24,9 (10–72) мм. Среднее время операции составило 122,5 (81–280) минут. Кровопотеря была в пределах 25 (10–100) мл. Конверсий в обычный доступ не отмечалось. В послеоперационном периоде у одного пациента развился парез возвратного гортанного нерва, других осложнений не было. Все больные были выписаны домой в течение 24 часов после операции.

M.W. Strik и соавт. [5] предлагают метод доступа через подмышечную впадину и молочные железы (АВВА). Подобным способом прооперировано 26 пациенток. Среднее время операции составило при гемитиреоидэктомии 11 минут, при тиреоидэктомии – 187 минут. Основной целью, как отмечают авторы, является благоприятный косметический результат.

S.W. Kang и соавт. [6] привели опыт хирургического лечения 33 больных раком ЩЖ (РЩЖ) с метастазами в боковые лимфатические узлы шеи с использованием робототехники из трансаксиллярного доступа в объеме тиреоидэктомии с центральной и боковой лимфаденэктомией. Средний возраст пациентов составил 37 ± 9 лет, мужчин и женщин было 7 и 26 соответственно. Среднее время операции составило 281 ± 41 минут, а послеоперационного пребывания в стационаре – $5,4 \pm 1,6$ дня. Средний размер опухоли был равен $1,1 \pm 0,5$ см, в 20 (61 %) случаях выявлялась папиллярная микрокарцинома ЩЖ. Среднее число полученных лимфоузлов составило $6,1 \pm 4,4$ в центральной клетчатке шеи и $27,7 \pm 11,0$ в боковом треугольнике. Никаких серьезных послеоперационных осложнений, таких как синдром Горнера

или тяжелые травмы нервов, не отмечалось. Авторы делают вывод, что роботизированная тиреоидэктомия с лимфаденэктомией технически возможна, безопасна и дает отличные косметические результаты. Такая операция может применяться у пациентов с высококодифференцированным РЩЖ с метастазами в боковые лимфоузлы шеи.

J.D. Richter и соавт. [7] привели 2 примера выполнения тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией на трупах трансаксиллярным доступом и считают, что такой подход к центральному отделу шеи лучше, чем трансаксиллярный подход, а именно к нижним отделам ЩЖ и глубоким отделам паратрахеальной области при удалении VI группы лимфоузлов.

L.J. Fan и J. Jiang [8] после тщательного изучения мирового опыта эндоскопической хирургии ЩЖ пришли к выводу, что робот-ассистированные вмешательства имеют ряд преимуществ перед обычными эндоскопическими операциями, характеризуются высокой безопасностью и тщательностью выполнения, позволяют преодолеть ограничения в обычной эндоскопической хирургии, выгодны косметически и экономически.

В отделении микрохирургии (опухоль головы и шеи) ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ с 2000 г. накоплен опыт 250 хирургических вмешательств на ЩЖ из малоинвазивного доступа на шее. Вместо стандартного доступа на передней поверхности шеи в ее нижней трети из разреза длиной 5–15 см выполняется малоинвазивный боковой доступ из разреза $2,5 \times 3,5$ см. С помощью видеондоскопической техники выполнялись операции на ЩЖ [9, 10].

Таким образом, поиск новых путей хирургического доступа к ЩЖ остается актуальным. Возможности эндоскопической хирургии расширяются с помощью различных модификаций инструментов, имеющих дополнительные степени свободы.

Материал и методы исследования

Операцию по удалению щитовидной железы (ЩЖ) выполняли через подмышечную область со стороны локализации очага в ткани железы. В качестве инструментария применяли эндоскопический комплекс и набор эндоскопических инструментов, обеспечивающих создание безгазового хирургического пространства, оптических телескопов диаметром 8–10 мм, обеспечивающих 0- и 30-градусные углы обзора. Хирургический гемостаз осуществляли при помощи клипаторов и ультразвуковых ножниц. Отведение тканей проводили мягкими ретракторами с возможностью расширения площади воздействия. Принципиально важными инструментами для осуществления моностороннего подмышечного доступа являются инструменты-трансформеры. Применяли инструменты статического захвата и мобильные наконечники со значительными степенями отклонения от основной оси (до 90 градусов; рис. 1–8). Набор инструментов позволяет удобно располагаться операционной бригаде только с одной стороны операционного стола (рис. 9).

Планирование операционного доступа производится на основе данных клинического осмотра, состояния тургора тканей, объема подкожной жировой клетчатки, размера и формы молочных желез. Важными сведениями являются размер и расположение опухоли в ЩЖ, которые получают при помощи ультрасонографии и трехмерной спиральной томографии (рис. 10). Эта очень важная информация необходима не только для оценки взаимоотношения опухоли с тканью ЩЖ, но и для определения траектории операционного доступа. В случае расположения ткани ЩЖ ниже верхнего края ключицы следует отказаться от этого варианта доступа.



Рис. 1. Эндовидеокомплекс для безгазовой хирургии

Figure 1. Endovideo complex for gas-free surgery



Рис. 2. Хирургические ретракторы с дополнительной подсветкой, создающие малое хирургическое пространство

Figure 2. Surgical retractors with additional illumination producing small surgical field



Рис. 3. Телескопы 0° и 30°

Figure 3. Telescopes 0° and 30°



Рис. 4. Инструменты для хирургического гемостаза — ультразвуковые ножницы и клипатор

Figure 4. Surgical instruments for hemostasis — ultrasonic scissors and clipper



Рис. 6. Трансформеры статические в торцевом положении

Figure 6. Static transformers in end position



Рис. 7. Трансформер статический в положении 45° от оси

Figure 7. Static transformer in 45° position



Рис. 5. Ретракторы

Figure 5. Retractors



Рис. 8. Мобильные инструменты трансформеры с амплитудой движения рабочей части до 90° от оси инструмента

Figure 8. Mobile transformers with working body movement amplitude up to 90°

чатке и малом размере молочной железы (1–2) предпочтительно разрез кожи осуществлять по передней подмышечной линии (рис. 11).

В случаях выраженной верхней поперечной складки в подмышечной впадине у пациенток с размером желез больше третьего и/или при выраженном птозе железы целесообразно разрез размещать вдоль этой складки (рис. 12).

Независимо от конфигурации кожного разреза важным методическим приемом является разделение тканей передней грудной стенки строго над фасцией большой грудной мышцы без углубления в подмышечный лимфатический футляр для профилактики послеоперационной лимфореи. Положение пациента на операционном столе – с валиком под лопатками для лучшего разгибания шеи. После отсечения кожи над ключицей приступают к сепарированию кожи и клетчатки на передней поверхности шеи. Следует проявлять большую осторожность по отношению к передним яремным венам. При точном попадании в слой они оказываются мобилизованными с поверхностными тканями. Границами операционного поля являются подъязычная кость вверху и яремная вырезка снизу. Видеоконтроль осуществляют посредством установки телескопа в двух точках: через канал операционного доступа

или путем установки порта через ареолу молочной железы. Далее по классической методике, но с использованием эндоскопического инструментария и видеоконтроля производят переднюю миотомию, выделение ткани ЩЖ, отделение от трахеопищеводной борозды с идентификацией возвратного нерва и экстракапсулярную резекцию железы.

После проведения хирургического гемостаза в зоны повышенной капиллярной кровоточивости укладывают гемостатические материалы. Ушивание мышц передней поверхности шеи производят после удаления валика из-под тела пациента. Устанавливают активный дренаж по ходу операционного канала из подмышечной впадины на шею.



Рис. 9. Расположение операционной бригады при монолатеральном подмышечном мини-доступе к щитовидной железе

Figure 9. Operation team disposition during unilateral axillary mini-approach to thyroid gland



Рис. 10. 3D КТ шеи пациентки с опухолью в правой доле щитовидной железы (кругом обведена опухоль)

Figure 10. 3-D CT scans of a patient with right thyroid lobe tumor (red circle)



Рис. 11. Разметка операционного доступа для удаления опухоли в правой доле щитовидной железы из подмышечного доступа по передней подмышечной линии

Figure 11. Operation field marking for right lobe tumor removal from anterior axillary approach



Рис. 12. Схема операционного доступа через подмышечную впадину для удаления опухоли правой доли щитовидной железы вдоль верхней поперечной складки молочной железы

Figure 12. Scheme of axillary surgery approach along the upper transverse breast fold for right thyroid lobe tumor removal



Рис. 13. Вид удаленной ткани щитовидной железы у больной Г. Определяется правая доля железы (1), на границе с перешейком макроскопически определяется узел до 2 см (2), к нему прилегают срединная клетчатка шеи (3) и медиальные отделы левой доли железы (4)

Figure 13. The appearance of removed thyroid tissue of patient G. (1) right thyroid lobe (2) nodule 2 cm in diameter at the isthmus border with adjacent medial neck tissues (3) and medial parts of left thyroid lobe (4)

Пациентка Г., 46 лет, с диагнозом: рак щитовидной железы II стадии, T2N0M0, состояние после хирургического лечения в сентябре 2011 г.

Из анамнеза: с 2000 г. наблюдается у эндокринолога по месту жительства по поводу многоузлового зоба. В августе 2011 г. обратилась в ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ, где при комплексном обследовании выявлен папиллярный РЩЖ. На консилиуме выработан план хирургического лечения. Госпитализирована в отделение микрохирургии для операции.

При комплексном обследовании: правая доля ЩЖ размером $23 \times 16 \times 52$ мм с образованиями в средней трети $15 \times 8 \times 1$ мм, по латеральной поверхности доли $9 \times 6 \times 7$ мм с обызвествленной капсулой. Перешеек 4 мм, однородный. Левая доля $17 \times 13 \times 48$ мм с образованием пониженной экзогенности в средней трети по передней поверхности до $6 \times 5 \times 8$ мм. В паратрахеальной области слева лимфоузлы $8 \times 7 \times 8$ и $9 \times 5 \times 9$ мм.

Цитологическое исследование пунктата правой доли ЩЖ № 10507/11: папиллярный РЩЖ на фоне аутоиммунного тиреоидита.

20.09.2011 выполнена операция: видеоассистированная субтотальная резекция ЩЖ (из подмышечного доступа справа) с флуоресцентной диагностикой паращитовидных желез.

Плановое гистологическое исследование У 73519-25/ОП (27.09.2011).

Макроскопическое описание: ЩЖ размерами $5,5 \times 5,3 \times 1,4$ см, представленная левой долей размерами $3,8 \times 2,0 \times 0,7$ см, перешейком размерами $2,0 \times 1,5 \times 0,3$ см и правой долей (маркирована хирургом) размерами $5,5 \times 2,5 \times 1,4$ см. На разрезе в правой доле ЩЖ – опухолевый узел размерами $1,5 \times 1,0 \times 0,7$ см, белесоватого цвета, без четких границ, мягкий; на расстоянии 0,3 см от описанного узла – второй узел диаметром 0,6 см, белесоватого цвета, округлой формы, каменистой плотности. На остальном протяжении ткань правой, левой долей железы и перешейка буроватого цвета, мелкозернистого вида. Второй узел представлен фолликулярной аденомой с субтотальной оссификацией.

Макроскопическое описание: на фоне макро-микрофолликулярного коллоидного зоба в правой доле ЩЖ – папиллярный рак, частью фолликулярного строения с участками фиброза, с инвазией за пределы капсулы узла, без признаков врастания в капсулу железы. Сосудистая инвазия отсутствует. В перешейке и левой доле коллоидный зоб (рис. 13).

При контрольном обследовании через 3 года данных за рецидив опухоли и метастазы не получено. Больная довольна косметическим результатом.

Результаты

Все пациенты перенесли операции успешно. Среднее время хирургического вмешательства составило 150 минут. У одной пациентки операция из подмышечного доступа завершилась конверсией в стандартный доступ на шее из-за повышенной кровоточивости. Осложнений со стороны функции возвратного гортанного нерва не было. В одном наблюдении была отмечена продолжительная лимфоррея в подмышечной впадине как при мастэктомии, что было связано с прохождением трассы доступа через лимфатический футляр. У трех пациентов выявлены метастазы в лимфоузлы шеи, после чего этим больным выполнены повторные операции на ЩЖ в объеме тиреоидэктомии с шейной лимфаденэктомией на стороне поражения из стандартного доступа с последующей лучевой терапией радиоактивным йодом. При наблюдении в течение 3 лет рецидива опухоли в



Рис. 14а. Вид шеи до операции

Рис. 14б. Вид шеи после операции

Figure 14-a. Neck appearance before surgery

Figure 14-b. Neck appearance after surgery

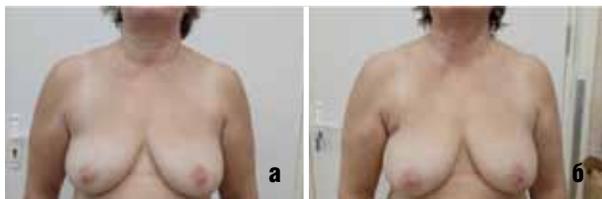


Рис. 15а. Вид пациентки до операции

Рис. 15б. Вид пациентки после операции

Figure 15-a. Patient's appearance before surgery

Figure 15-b. patient's appearance after surgery

зоне операции не выявлено ни в одном наблюдении. Оценка эстетического и косметического результата была проведена в виде осмотров и анкетирования. Все пациенты довольны достигнутым результатом. На шее нет признаков деформации и рубцов (рис. 14).

Также не отмечено признаков деформации тканей передней грудной стенки и ограничения функции плечевого пояса со стороны операции (рис. 15).

Обсуждение

В настоящее время редко проводят удаление ЩЖ через один доступ – технология является сложно воспроизводимой без специального набора инструментов. Попытки выполнения операции через монодоступ предпринимаются и использованием комплекса «Da Vinci», однако себестоимость этих операций остается высокой. Тем не менее, потребность в подобных «скрытых» операциях будет возрастать в связи с желанием пациентов минимизировать косметические признаки перенесенных операций. Очень важно совмещение онкологической целесообразности операции в соответствии со стадией заболевания и эстетичности, что, в-первую очередь, зависит от точности предоперационной диагностики. Объем операции на ЩЖ должен быть таким же, как и при классическом доступе, что позволяет гарантировать ожидаемый отдаленный результат.

Заключение

Хирургические вмешательства на ЩЖ из подмышечного доступа технически выполнимы с использованием специального инструментария. Такое вмешательство существенно улучшает косметический результат, позволяет избежать образования рубцов в области шеи и может применяться при доброкачественных новообразованиях ЩЖ. Требуется выработка строгих показаний к использованию этого подхода при удалении высокодифференцированных злокачественных опухолей ЩЖ.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lee K.E., Rao J., Youn Y.K. Endoscopic thyroidectomy with the Vinci robot system using the bilateral axillary breast approach (BABA) technique: our initial experience. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2009;19(3):e71–5.
2. Janus J.R., Moore E.J., Price D.L., Kasperbauer J. Robotic thyroid surgery: clinical and anatomic considerations. *Clin. Anat.* 2012;25(1):40–53.
3. Stevenson C.E., Gardner D.F., Grover A.C. Patient factors affecting operative times for single-incision trans-axillary robotic-assisted (STAR) thyroid lobectomy: does size matter? *Ann. Surg. Oncol.* 2012;19(5):1460–5.
4. Kandil E., Abdelghani S., Noureldine S.I., et al. Transaxillary gasless robotic thyroidectomy: a single surgeon's experience in North America. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2012;138(2):113–7.
5. Strik M.W., Anders S., Barth M., et al. Total videoendoscopic thyroid resection by the axillobilateral breast approach. *Operative method and first results. Chirur.* 2007;78(12):1139–44.
6. Kang S.W., Lee S.H., Ryu H.R., et al. Initial experience with robot-assisted modified radical neck dissection for the management of thyroid carcinoma with lateral neck node metastasis. *Surgery.* 2010;148(6):1214–21.
7. Richmon J.D., Holsinger F.C., Kandil E., et al. Transoral robotic-assisted thyroidectomy with central neck dissection: preclinical cadaver feasibility study and proposed surgical technique. *J. Robot Surg.* 2011;5(4):279–82.
8. Fan L.J., Jiang J. Present and future of robot-assisted endoscopic thyroid surgery. *Chin. Med. J.* 2012;125(5):926–31.
9. Чиссов В.И., Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е. Патент на изобретение № 2403873, от 20.11.2010 г. «Способ определения тактики хирургического вмешательства при подозрении на рак щитовидной железы». // Chissov V.I., reshetov I.V., Golubtsov A.K., Sevryukov F.E. Patent for invention № 2403873, от 20.11.2010 “The definition of surgery tactics in case of suspected thyroid cancer”.
10. Чиссов В.И., Решетов И.В., Голубцов А.К., Севрюков Ф.Е. Видеоассистированные операции при раке щитовидной железы с биопсией сторожевого лимфоузла. *Эндоскопическая хирургия.* 2007;1(13):75. X Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии. М., 20–22 февраля 2007 г. // Chissov V.I., reshetov I.V., Golubtsov A.K., Sevryukov F.E. Video assisted surgery with sentinel lymphnode biopsy in case of thyroid cancer. *Endoscopic surgery.* 2007;1(13):75.

ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА В ТИРЕОИДНОЙ ХИРУРГИИ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

COMPLICATIONS OF EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN THYROID SURGERY REQUIRING URGENT INTERVENTION

А.Ф. Романчишен, Ф.А. Романчишен, К.В. Вабалайте, И.Ю. Ким

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и военно-полевой хирургии, кафедра пластической хирургии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии, Санкт-Петербург
Контакты: Романчишен Анатолий Филиппович – e-mail: afromanchishen@mail.ru

A.F. Romanchishen, F.A. Romanchishen, K.V. Valabaite, I.Yu. Kim

*St. Petersburg state pediatric medical university, department of hospital surgery with traumatology and military surgery courses, department of plastic surgery
St. Petersburg center of endocrine surgery and oncology
Contacts: Anatoly Romanchishen Filippovich – e-mail: afromanchishen@mail.ru*

Наиболее опасными осложнениями после 26 099 операций на щитовидной железе в период с 1973 по 2012 г., потребовавшими повторных хирургических вмешательств, являлись двусторонние повреждения возвратных нервов у 92 (0,35 %) больных и кровотечения в ложе щитовидной железы в 138 (0,53 %) наблюдениях.

Своевременное хирургическое лечение, а также точное знание хирургической анатомии шеи, визуальный контроль возвратного гортанного нерва, укрытие нервов и уменьшение объема ложа щитовидной железы частью париетального листка 4-й фасции шеи при каждой тиреоидной операции обеспечило 10-кратное снижение риска асфиксии и возникновения угрожающих жизни больных осложнений раннего послеоперационного периода.

Для своевременного обнаружения и проведения рациональных неотложных мероприятий при возникновении этих осложнений больные в первые 12 часов после операций на щитовидной железе и шее должны быть под наблюдением персонала (хирурга и медсестры), имеющего достаточный опыт в этом специфическом разделе хирургии и онкологии.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, рак щитовидной железы, хирургическое лечение, осложнения.

ABSTRACT

The most severe complications after 26 099 surgeries on thyroid gland within the period from 1973 to 2012 requiring the repeated operations were bilateral injuries of recurrent nerves in 92 patients (0,35%) and bleeding in thyroid bed in 138 cases (0,53%). The early surgical treatment, as well as detailed knowledge of neck surgical anatomy, visual control of recurrent laryngeal nerve localization, nerves coverage and thyroid bed shrinkage with parietal leaf of the 4th neck fascia after every thyroid surgery allowed 10-fold decrease of asphyxia risk and early postoperative complications probability.

In order to detect early complications in time and to initiate all necessary urgent measures, the patients should remain under experienced medical staff observation within the first 12 hours after thyroid surgery.

Key words: thyroid gland diseases, thyroid cancer, surgical treatment, complications.

В руководствах по неотложной хирургии оказание экстренной помощи тиреоидным больным освещено недостаточно [1, 3], а в специальной литературе встречаются только единичные сообщения на эту тему.

Все осложнения, обусловленные тиреоидной патологией, могут быть связаны непосредственно с самими заболеваниями этого органа или с последствием операций на нем. В свою очередь, послеоперационные осложнения можно разделить на неспецифические, возникающие после любых хирургических вмешательств (кровотечение, перфорация полых органов, нагноение раны), и специфические, возникающие только после операций на щитовидной железе (ЩЖ) – тиреотоксический криз,

повреждения возвратного гортанного нерва, гипопаратиреоз (рис. 1) [6].

Способы лечения осложнений после операций на ЩЖ могут быть консервативными (вплоть до интенсивной терапии) и хирургическими. По времени выполнения повторные операции могут иметь неотложный и срочный характер. Под неотложными следует понимать операции, предпринимаемые в ближайшие часы после поступления больных в клинику или предыдущего хирургического вмешательства, когда мероприятия интенсивного лечения использовать уже поздно, либо они не обеспечили стабильную компенсацию расстройств функции сердечно-сосудистой, дыхательной и/или других систем.

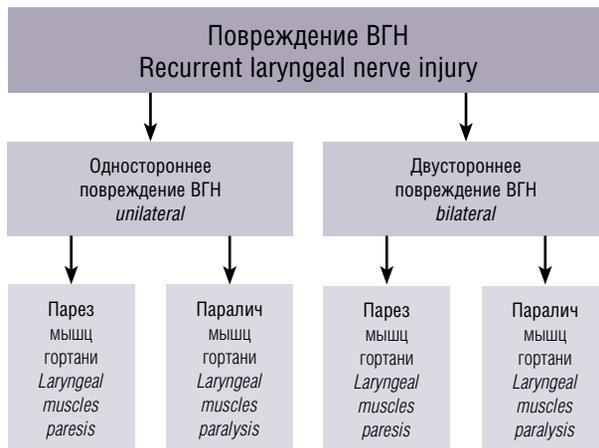


Рис. 1. Классификация повреждений возвратного гортанного нерва (ВГН) и расстройств функции мышц гортани

Figure 1. Recurrent laryngeal nerve injuries and laryngeal muscles functional disorders

Срочные операции выполнялись больным с угрозой развития критических состояний, у которых выполненные консервативные мероприятия были эффективными, а стойкое улучшение состояния позволяло завершить подготовку и минимальное обследование пациентов в короткие сроки в условиях отделения интенсивной терапии. Хирургическое вмешательство в такой ситуации откладывалось на 1–3 суток. Однако у этих больных обеспечивалась постоянная готовность к выполнению неотложных операций.

Обобщение и анализ накопленного опыта в хирургии ЩЖ с 1960 г. в Мариинской больнице, которая оказывает помощь по неотложным показаниям, могут быть полезными для рационального выбора лечебной тактики при urgentных состояниях у пациентов с тяжелой патологией ЩЖ, при острых осложнениях раннего послеоперационного периода. Это позволит снизить уровень летальности у данной группы пациентов и в наше время.

Материал и методы

В работе представлен анализ опыта Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и онкологии, работающего на базах больниц скорой помощи (Мариинская городская больница, Клиническая больница № 122), в лечении больных тяжелой опухолевой и воспалительной патологией ЩЖ, а также с осложнениями раннего послеоперационного периода, потребовавшими

Таблица 1. Динамика частоты повреждений ВГН в период с 1973 по 2012 г. (26 099 оперированных больных)
Table 1. Recurrent laryngeal nerve injuries rate, dynamics within the period from 1973 to 2012 (26 099 operated patients)

Периоды работы Центра (количество оперированных больных) Period (number of operated patients)	Частота повреждений ВГН (%) Injuries rate	
	одного нерва unilateral	двух нервов bilateral
1973–1981 (3259)	3,10	1,20
1982–1991 (4625)	1,80	0,60
1992–2000 (7905)	0,48	0,17
2001–2012 (10310)	0,43	0,12
Всего (26 099)	1,00	0,36

неотложных и срочных первичных или повторных вмешательств в период с 1973 по 2012 г. За этот период были прооперированы 26 099 человек с различной тиреоидной патологией, включая рак ЩЖ (РЩЖ) – 3893 (14,9 %). Число пациентов неуклонно росло (от 138 до 1204 в год), так же как и количество больных РЩЖ (от 11 до 233 в год). В работе представлен анализ особенностей хирургической анатомии 1268 возвратного гортанного нерва (ВГН) у 1126 оперированных одним хирургом больных. В ходе операций было обнаружено, верифицировано, выделено на шее от подключичной области до места вхождения в гортань и фото-видео документировано 1268 ВГН. В 1008 наблюдениях заболевание ЩЖ было первичным и в 118 – рецидивным. Исследовались возможности профилактики послеоперационных кровотечений (ПОК) в ложе ЩЖ.

Результаты и обсуждение

Повреждения возвратного гортанного нерва (ВГН)

Частота повреждения гортанных нервов в хирургии ЩЖ в настоящее время остается высокой. По данным различных авторов, она варьирует от 0,1 до 4,6 %. При повторных операциях по поводу рецидивов токсического зоба или РЩЖ частота повреждений ВГН увеличивается до 5,6–6,7 % и даже 20 %. Эти осложнения приводят к инвалидизации больных из-за нарушения или утраты голоса, расстройства дыхания и необходимости трахеостомии в части наблюдений. Механизмы повреждения ВГН включают полное или частичное пересечение, растяжение, ушиб, ожог, перевязку, ишемию, облучение нерва. После детального изучения в нашей клинике [4, 6, 7] хирургической анатомии зон оперативных вмешательств при РЩЖ, определения точек начала и оптимального направления диссекции ВГН и добавочного нерва, разработки оригинальной методики визуализации и сохранения шейных нервов [5] значительно уменьшена частота односторонних и двусторонних повреждений ВГН – до 0,43 и 0,12 % соответственно (табл. 1).

Для того что бы оценить эти показатели, мы сочли уместным сравнить их с таковыми в США за 2009 г. По данным R. Vashishta и соавт. [8] в 2009 г. в США были оперированы по поводу различных заболеваний ЩЖ 59 478 пациентов, в нашем Центре в период с 2001 по 2012 г. – 10 310 (табл. 2). Ситуация сопоставима и даже менее выгодна для нас, т. к. больные были оперированы на протяжении не одного, а 12 лет. Понятно, что со временем опыт хирургов увеличивался, а качество операций улучшалось. Тем не менее, показатели послеоперационных осложнений у американцев было значительно хуже: последствия повреждения одного ВГН отмечены у них в 0,85 %, у нас – в 0,43 % случаев; двух ВГН – в 0,34 и 0,12 % соответственно.

Диагностика двусторонних повреждений ВГН в раннем послеоперационном периоде бывает сложной, т. к. парез гортани приходится дифференцировать с отеком, возникающим после экстубации трахеи больного в ответ на травму при анестезиологическом пособии.

Клинические признаки этого осложнения включают: одышку, удушье, стридор, битональный кашель, цианоз губ. Основной вопрос, который приходится решать хирургу в этой ситуации – есть ли парез ВГН или нет. Для этого можно использовать непрямую, но лучше прямую ларингоскопию на операционном столе. Неподвижность обеих голосовых связок является следствием двустороннего повреждения ВГН. Наибольшую опасность представляет двусторонний аддукционный паралич, при котором связки устанавливаются в медианном положении, что приводит к асфиксии.

Таблица 2. Количество послеоперационных осложнений у оперированных в Центре и США [8]
 Table 2. Number of postoperative complications in the Center and the USA [8]

Период работы Period	Число операций Number of surgeries	Одностор. парез ВГН (%) Unilateral paresis (%)	Двухстор. парез ВГН (%) Bilateral paresis (%)	Транзитор. гипопаратиреоз (%) Transitory hypoparathyroidism (%)	Общая частота специфич. осложнений (%) Overall specific complications rate (%)	Кровотечение (%) Bleeding (%)	Послеопер. летальность (%) Postoperative lethality (%)
2001–2012 Центр Center	10 310	0,43	0,12	0,46	0,98	0,40	0,10
2009 США USA	59 478	0,85	0,34	6,18	7,37	1,43	0,61

В хирургическую тактику при выявлении двухстороннего пареза мышц гортани мы включали: реинтубацию трахеи, наркоз, ревизию ВГН, восстановление непрерывности нервов с помощью наложения 3 периневральных микрошвов 7-0, электрофизиологический контроль проводимости анастомоза, трахеостомия при двухстороннем парезе (обычно временную) через нижний лоскут раны. В нашем Центре из 25 больных, которым выполнялась трахеостомия, были деканюлированы 12 пациентов в сроки от 2 до 12 месяцев.

В настоящее время завершение операций на ЩЖ трахеостомией далеко не всегда грозит пациенту канюленосительством на всю жизнь. Восстановление непрерывности 23 ВГН вместе с консервативной терапией обеспечило нормализацию функции хотя бы одной голосовой связки в 17 (70,0 %) наблюдениях. Использование различных видов ларингопластики избавило 11 пациентов от постоянной трахеостомии после операций на ЩЖ, выполненных в нашем и других регионах страны. В послеоперационном периоде проводился комплекс консервативных мероприятий, направленных на улучшение трофики нервов, уменьшение воспалительных реакций в окружающих тканях, эпителии трахеи и гортани. Лекарственная терапия включала: гормональные препараты (дексаметазон), антихолинэстеразные средства (прозерин, ипидакрин), витамины группы В (Нейромультивит, Мильгамма), отхаркивающие средства.

В случае технической невыполнимости первичного шва нерва (невозможно выявить дистальный или проксимальный конец ВГН, слишком большой диастаз между его концами в условиях уже перенесенной боковой шейной лимфаденэктомии, наружного облучения) мы применяли другие методики: латерализацию голосовой связки путем ариеноидопексии, хордареноидэктомии, в т. ч. с применением эндоскопической лазерной методики, что позволяло обеспечить достаточную для дыхания ширину (4–5 мм) голосовой щели.

Неожидаемые повреждения возвратных нервов были обусловлены рядом причин: нарушением техники операции, рубцовыми изменениями окружающих ВГН тканей, повышенной кровоточивостью, аномалиями расположения гортанных нервов. Вполне ожидаемо было нарушение функции ВГН при его остром отделении от опухоли или диссекции из рубцовых сращений после попыток склерозирующей ликвидации узлов ЩЖ или при повторных операциях. В наиболее сложную ситуацию и больной, и хирург попадали, когда приходится оперировать на стороне одного сохранившегося ВГН. Проблему решала лишь специальная техника хирургического вмешательства, заключающаяся в латеральном доступе к остаткам ЩЖ.

Наиболее надежным способом профилактики повреждений наружной ветви верхнего гортанного нерва и ветвей ВГН являлся их визуальный контроль в ходе операций на ЩЖ.

Послеоперационные кровотечения (ПОК)

ПОК при вмешательствах на ЩЖ относятся к числу потенциально опасных для жизни неспецифических осложнений раннего послеоперационного периода [2]. Этот вид осложнения возникает относительно редко: по данным литературы, частота его в настоящее время колеблется от 0,6 до 2,9 %. Интраоперационные кровотечения в настоящее время практически не встречаются в хирургии ЩЖ. Это обусловлено тем, что большинство пациентов оперируется в специализированных центрах, где в достаточной степени отработана методика таких вмешательств. В нашем Центре за последние 35 лет мы крайне редко сталкивались с опасными интраоперационными кровотечениями. Поэтому наибольшую опасность представляют ПОК в ложе удаленной ЩЖ. Частота данного осложнения колеблется от 0,1 до 9,0 %. При развившемся ПОК пациенты никогда не погибают от кровопотери. В результате образования гематомы в области ложа ЩЖ происходит распространение крови по межмышечным пространствам в средостение вдоль сосудисто-нервного пучка, что приводит к раздражению блуждающих нервов с возможной последующей рефлекторной остановкой сердечной деятельности и дыхания. При увеличении размеров гематомы, кроме того, наблюдается стремительное нарастание симптомов механической асфиксии. Это одно из наиболее опасных осложнений после операций на ЩЖ, требующее повторного хирургического вмешательства.

Проанализированы результаты лечения 25 702 пациентов с заболеваниями ЩЖ, прооперированных в Центре с 1973 по 2012 г. ПОК, потребовавшее повторного вмешательства, развилось у 149 (0,58 %) больных. Женщин было 118 (79,4 %), мужчин – 31 (20,6 %). Средний возраст больных составил $58,0 \pm 2,30$ года.

При анализе ПОК (табл. 3) было установлено, что наиболее часто они возникали после операций по поводу рецидивного токсического зоба (1,25 %) и первичных операциях в связи с диффузным токсическим зобом (1,07 %), а также РЩЖ (0,82 %). Это связано с интенсивностью кровоснабжения в органе при токсических формах зоба, травматичностью повторных хирургических вмешательств при рецидивном зобе и «запущенном» инвазивном РЩЖ.

Непосредственными причинами 149 ПОК чаще всего являлись соскальзывание плохо наложенной лигатуры с артериального сосуда, прорезывание лигатуры, а также геморрагия из спавшейся неперевязанной вены.

Основными источниками наиболее опасных 112 (0,44 %) ПОК в ложе ЩЖ (табл. 4) являлись ветви нижней щитовидной артерии (58/0,23 %), остаток ЩЖ (29/0,11 %), ветви верхней щитовидной артерии (25/0,10 %). Геморрагия в разные слои и

пространства послеоперационной раны отмечена в 36 (0,14 %) наблюдениях и опасности для жизни пациентов не представляла. Ее источниками оказались сосуды мышц шеи (10/0,04 %) и подкожной клетчатки (8/0,03 %). В 19 (0,07 %) наблюдениях отмечалась диффузная кровоточивость тканей, или источник кровотечения установить не удалось. Наиболее часто (73,4 %) кровотечение возникало в течение первых 6 часов после операции и в интервале между 6 и 12 часами (20,0 %).

Основными клиническими проявлениями ПОК были: жалобы на удушье, страх смерти, беспокойство, осиплость голоса, припухлость в области шеи, цианоз лица и тахикардия, контурированность грудино-ключичных мышц, скопление крови в вакуумном дренаже более 150 мл в первые часы после операции. Нередко (32,7 %) наблюдалось стремительное нарастание симптомов механической асфиксии.

Опыт клиники показал, что при возникновении указанных симптомов рационально использовать следующую тактику лечения пациентов:

1. Разведение краев раны для свободного оттока крови наружу в палате, в перевязочной или операционной (в зависимости от тяжести дыхательной недостаточности).
2. Ингаляция кислорода.
3. Повторная интубация трахеи. В случае технических трудностей при интубации трахеи – инсуфляция кислорода с помощью ларингеальной маски.
4. Ревизия раны с полным разведением краев раны для тщательной ревизии ложа ЩЖ.
5. Гемостаз. Приемлемо перевязка ствола нижней щитовидной артерии на протяжении (не повышает частоту послеоперационного гипопаратиреоза!)
6. Дренирование раны трубкой диаметром до 1 см.
7. При невозможности достичь гемостаза может быть использован гемостатический тампон на 5–6 дней.

Профилактика кровотечений заключается в хорошем знании анатомии шеи и ЩЖ, а также в правильно выбранной технике резекции железы. Она предполагает поочередную мобилизацию ЩЖ с наружной и внутренней сторон под визуальным контролем сосудов, возвратных нервов и околощитовидных желез. При сомнительном гемостазе следует перевязывать основной ствол нижней щитовидной артерии. Не стоит оставлять в ране много

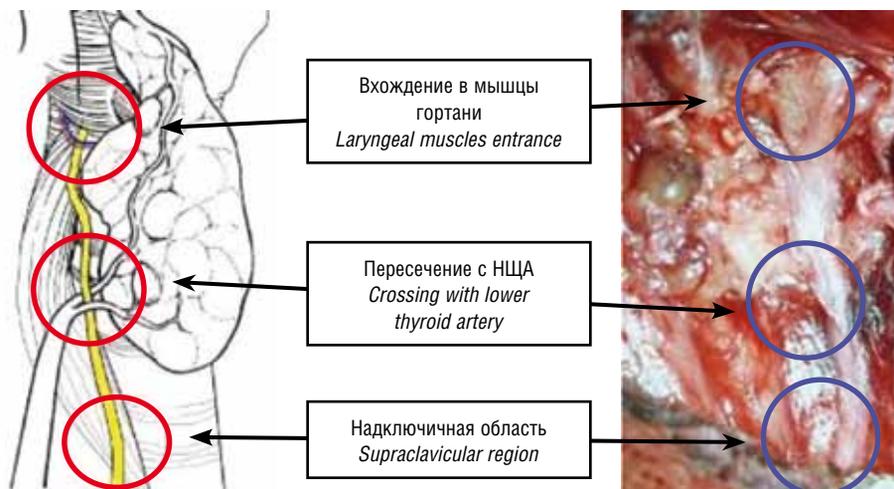


Рис. 2. Хирургическая анатомия шейной части ВГН, трех основных зон его визуализации и сохранения
Примечание. НЩА – нижняя щитовидная артерия.

Figure 2. Surgical anatomy of cervical part of recurrent laryngeal nerve, his main three areas for visualization and protection

Таблица 3. Структура 149 ПОК после 25 702 операций при различных заболеваниях ЩЖ
Table 3. structure of postoperative bleedings after 25702 surgeries due to various thyroid diseases

Заболевание <i>Disease</i>	Количество больных <i>Number of patients</i>	Абсолютное число ПОК <i>Absolute number of postoperative bleedings</i>	Частота ПОК (%) <i>Frequency of postoperative bleeding (%)</i>
ДТЗ <i>Diffuse toxic goiter</i>	3332	35	1,0
УТЗ <i>nodular toxic goiter</i>	1747	14	0,8
РТЗ <i>Relapsed toxic goiter</i>	345	4	1,2
УЭЗ + ПЭЗ <i>Nodular euthyroid goiter+relapsed euthyroid goiter</i>	14 946	59	0,4
РЭЗ <i>relapsed euthyroid goiter</i>	964	4	0,4
РЩЖ <i>Thyroid cancer</i>	3487	27	0,8
АИТ <i>Autoimmune thyroiditis</i>	881	6	0,7
Итого <i>Total</i>	25 702	149	0,6

Примечание. ДТЗ – диффузный токсический зоб, УТЗ – узловой токсический зоб, РТЗ – рецидивный токсический зоб, УЭЗ – узловой эутиреоидный зоб, РЭЗ – рецидивный эутиреоидный зоб, АИТ – аутоиммунный тиреоидит.

кровоостанавливающих зажимов, поскольку при дальнейших манипуляциях по удалению железы они нередко отрываются. А найти оборванные культы сосудов (особенно мелких) в операционной ране весьма трудно. Впоследствии именно эти сосуды при повышении артериального и венозного давления могут стать источником ПОК. Отрыв сосудов может также произойти при грубом вывихивании ЩЖ в рану, причем кровотечение из них поначалу иногда остается незамеченным. Иногда отрыв вены Кохера вызывает массивное кровотечение, остановка которого при неудаленной доле ЩЖ бывает трудной и требует много времени.

Перед зашиванием раны следует тщательно проверить надежность гемостаза с помощью заполнения ложа железы раствором антисептика – в прозрачной жидкой среде легко увидеть даже небольшую струйку крови.

Таблица 4. Источники ПОК 25 702 больных
Table 4. Postoperative bleeding sites in 25 702 patients

Источник Site	Количество	%
Ветви верхней ЩА Upper thyroid artery rami	25	0,10
Ветви нижней ЩА Lower thyroid artery rami	58	0,23
Остаток ЩЖ Residual thyroid gland	29	0,11
Сосуды мышц шеи Neck muscles vessels	10	0,04
Сосуды подкожной клетчатки Hypoderm vessels	8	0,03
Диффузное кровотечение, источник не установлен Diffuse bleeding from undefined site	19	0,07
Итого Totally	149	0,58

Примечания. ЩА – щитовидная артерия.

Одним из способов профилактики послеоперационных кровотечений, на который редко обращают внимание, является адекватное дренирование ложа ЩЖ. Следует также обратить внимание на предоперационную подготовку и ведение раннего послеоперационного периода у пациентов, страдающих гипертонической болезнью, так как у них кровотечения отмечаются чаще, вследствие резких перепадов артериального давления.

Локализовать возможный источник кровотечения в ложе ЩЖ помогал тест с повышением артериального давления, апробированный в нашей клинике. Тест проводился следующим образом: анестезиолог медленно внутривенно вводит 0,5 мл 1,0 % раствора мезатона в разведении 1:300,0 на 0,9 % физиологическом растворе под постоянным контролем артериального давления больного. Тест считался реализованным при повышении артериального давления до 125–130 % привычного для пациента, но не более. При проведении данного теста средний объем кровопотери в дренаж в послеоперационном периоде составил $25,3 \pm 0,21$ мл, что было значительно ниже такового без проведения теста ($53,4 \pm 0,22$ мл).

Еще одним методом профилактики кровотечения являлась разработанная в нашем Центре (Патент № 1218 от 09 августа 2011 г.) методика фасциального укрытия и уменьшения ложа ЩЖ париетальным листком четвертой фасции шеи путем его мобилизации и фиксации продольно к боковой поверхности трахеи. Особенность данной методики заключалась в том, что она позволяла уменьшить объем полости, оставшейся после резекции или удаления ЩЖ в степени, достаточной, чтобы обеспечить возникновение стойкого компрессионного эффекта в отношении мелких сосудов ложа ЩЖ.

В период с 2005 по 2012 г. типичные методы гемостаза при операциях на ЩЖ были применены у 5462 больных. При этом послеоперационное кровотечение в ложе ЩЖ наблюдалось у 23 (0,42 %) пациентов с одним летальным исходом. В период 2008–2012 г. при дополнении гемостаза фасциальным ушива-

нием ложа ЩЖ были оперированы 1394 больных. ПОК наблюдалось у 3 больных (0,22 %). Т. е. данная методика позволила снизить вероятность возникновения ПОК с 0,42 до 0,22 %.

Таким образом, все пациенты, перенесшие операцию на ЩЖ, нуждаются в тщательном наблюдении в течение первых часов после операции. При скоплении крови в вакуумном дренажном баллоне объем более 100 мл в течение первых 2–3 часов после операции и нарастания клинических симптомов асфиксии необходима ревизия раны с целью остановки кровотечения.

Заключение

Точное знание вариантов хирургической анатомии ЩЖ и окружающих ее органов, попеременная мобилизация тиреоидной ткани сверху, изнутри, снаружи и снизу, а при повторных операциях – со стороны, где не было вмешательства, для обнаружения и сохранения ВГН, околощитовидных желез; при необходимости применение технологий, позволяющих обозначить, защитить и восстановить поврежденные жизненно важные структуры шеи в условиях устойчивого и надежного гемостаза позволяют предупредить угрожающие жизни и здоровью осложнения раннего послеоперационного периода.

Для своевременного обнаружения и проведения рациональных неотложных мероприятий при возникновении этих осложнений больные в первые 12 часов после операций на ЩЖ и шее должны быть под наблюдением персонала (хирурга и медсестры), имеющего достаточный опыт в этом специфическом разделе хирургии и онкологии.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Soungun I., Kievit J., Van der Velde C.J.H. Complications of Thyroid Surgery. In: Clark O.H., Quan-Yang Duh Textbook of endocrine surgery. Philadelphia: WB Saunders. 1997:167–173.
2. Weiss A., Lee K.C., Brudmund K.T., et al. Risk factors for hematoma after thyroidectomy: result from the nationwide inpatient sample. Surgery. 2014;156:399–404.
3. Woodson G.E. Pathology of RLN Paralysis. In: Randolph G. Surgery of the Thyroid and Parathyroid glands. Elsevier Science (USA). 2003:433–489.
4. Карпатский И.В. Хирургическая анатомия соединительнотканых образований, фиксирующих щитовидную железу. Дисс. канд. мед. наук. СПб., 2007. 206 с. // Karpatski I.V. Surgical anatomy of soft tissue neoplasms fixing thyroid gland. Thesis, St. Petersburg, 2007, 206 p.
5. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы. Наука. СПб., 1992. 260 с. // Romanchishen A.F. Clinical and pathogenic variations of thyroid neoplasms. Science. St. Petersburg, 1992, 260 p.
6. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. ИПК "Весту". СПб., 2009. 647 с. // Romanchishen A.F. Thyroid and parathyroid surgery. "Vesti" St. Petersburg, 2009. 647 p.
7. Романчишен Ф.А. Хирургическая профилактика повреждений возвратного гортанного и добавочного нервов при операциях по поводу заболеваний щитовидной железы. Автореф. дисс. канд. мед. наук. СПб., 2006. 21 с. // Romanchishen F.A. Surgical prophylactics of recurrent and accessory nerves injuries during thyroid surgeries. Autoref. Thesis, St. Petersburg, 2006, 21 p.
8. Vashishta R., Mahalingam-Dhingra A., Lander L., Shin E.J., Shah R.K. Thyroidectomy outcomes: a national perspective. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2012;147(6):1027–34.

ПЛЕОМОРФНЫЕ АДЕНОМЫ ГЛОТОЧНОГО ОТРОСТКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

PLEOMORPHIC ADENOMAS OF PHARYNGEAL PROCESS OF PAROTID GLAND

П.В. Светицкий, М.А. Енгибарян, М.А. Гусарева, А.К. Донская

ФГБУ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава РФ, Ростов-на-Дону
Контакты: Светицкий Павел Викторович – Svetitskiy.p@gmail.com

P.V.Svetitzkij, M.A.Engibaryan, M.A.Gusareva, A.K.Donskaya

*FSBI Rostov scientific research oncology institute, Rostov-on-Don
Contacts: Svetitzkij Pavel Victorovich – Svetitskiy.p@gmail.com*

В структуре онкологической заболеваемости опухоли слюнных желез (СЖ) составляют 5 %. Опухоли глоточного отростка околоушной СЖ (ОУСЖ) составляют менее 20 % среди всех опухолей СЖ. В большинстве случаев эти опухоли бывают доброкачественными, в числе которых преобладают плеоморфные (полиморфные) аденомы. Частота их малигнизации колеблется в пределах 3,6–30 %.

В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ за пятилетний период (2009–2013 гг.) находились 5192 пациентов с ОГШ. Больных с опухолями глоточного отростка ОУСЖ было 5 (1,5 % среди опухолей СЖ и 0,096 % всех пациентов с ОГШ). Из их числа у 4 больных опухоли глоточного отростка изначально располагались в парафарингеальном пространстве, и лишь у одного имелась множественность опухолевого расположения. Представлены 2 клинических наблюдения, различные по клиническому течению и результатам.

Больная Б., 46 лет, поступила в РНИОИ с диагнозом «плеоморфная аденома глоточного отростка ОУСЖ». Была проведена типичная операция (из подчелюстного доступа) по удалению опухоли. Патогистологическое исследование макропрепарата подтвердило наличие плеоморфной аденомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Находится под наблюдением более 3 лет без рецидива.

Больной С., 23 года, поступал в РНИОИ 6 раз с диагнозом «рецидив плеоморфной аденомы глоточного отростка ОУСЖ». На протяжении 10 лет, через различные промежутки времени, пациенту 5 раз удалялись опухоли поверхностной части ОУСЖ с сохранением целостности лицевого нерва. Морфологическое заключение каждый раз констатировало плеоморфную аденому. После клинического и рентгенологического обследования (КТ, МРТ, МРТ с ангиографией сосудов шеи), исключившего прорастание опухоли во внутреннюю сонную артерию, проведена операция. После перевязки наружной сонной артерии из подчелюстного доступа фрагментами удалена опухоль.

Операция проходила с техническими сложностями, обусловленными близостью внутренней сонной артерии и спаянностью опухоли с окружающими тканями. Патогистологическое исследование макропрепарата вновь подтвердило наличие плеоморфной аденомы. МРТ, проведенная через 2,5 месяца, выявила продолженный рост. Была заподозрена малигнизация опухоли. Была назначена лучевая терапия (60 Гр). Отмечен выраженный лечебный эффект. Наблюдается свыше 5 месяцев без рецидива.

Ключевые слова: околоушная слюнная железа, глоточный отросток околоушной слюнной железы, плеоморфная аденома.

ABSTRACT

Salivary glands neoplasms account for 5% in the structure of oncological morbidity while tumors of parotid pharyngeal process come in 20% of all salivary gland tumors. In the most of cases they are benign with prevailing pleomorphic adenomas. Their malignization rates vary between 3,6-30%.

Five thousand one hundred and ninety two patients with various head and neck tumors were treated in the head and neck department of Rostov scientific research oncology institute within 5 year period (2009-2013); five of them had parotid pharyngeal process tumors (1,5% among patients with salivary glands tumors and just 0,096% of all head and neck patients). Primarily parapharyngeal localization of tumors were diagnosed in 4 patients and 1 patient revealed multiple tumor lesions. Two clinical cases which were rather different in their clinical manifestation and results of treatment are presented in the following article.

Patient B., 46 y.o., had been hospitalized with pleomorphic adenoma of parotid pharyngeal process. Typical surgery (tumor removal) was performed from submandibular approach. Histological examination of the specimen confirmed pleomorphic adenoma. Postoperative period was uneventful, without any complication, and the patient has been observed for more than 3 years without recurrence.

Patient S., 23 y.o., was hospitalized 6 times with relapsed pleomorphic adenoma of parotid pharyngeal process. Within 10 year period he underwent 5 surgeries – tumor removal with facial nerve sparing. Morphological proof of pleomorphic adenoma was obtained after every surgery. Before the last operation CT, MRI and MRI angiography

of neck vessels closed out the budding of the tumor into the internal carotid. The tumor was removed fragmentary from submandibular approach after external carotid ligation.

The surgery was accompanied by technical difficulties associated with the closeness of internal carotid and tumor glomeration with surrounding tissues. Histological examination of the specimen showed pleomorphic adenoma again. However, MRI of head and neck revealed new tumor relapse in 2,5 months after the last surgery. Tumor malignization was suspected, and the patient went through the radiotherapy course (60 Gy), with remarkable clinical response. Now he is under observation within more than 5 months without progression.

Key words: parotid salivary gland, pharyngeal process of parotid, pleomorphic adenoma.

В структуре онкологической заболеваемости опухоли слюнных желез (СЖ) составляют 5 % [1]. В большинстве случаев эти новообразования бывают доброкачественными, в числе которых преобладают плеоморфные (полиморфные) аденомы (48–87 %), частота малигнизации которых колеблется в пределах 3,6–30 % [2]. До 60–80 % опухолей располагаются в больших СЖ [3], до 40 % – в малых СЖ [4]. Опухоли, локализующиеся в глоточном отростке (парафарингеальная зона), составляют менее 20 % всех опухолей СЖ и 0,5 % опухолей головы и шеи (ОГШ) [5]. Плеоморфные аденомы парафарингеальной зоны с частотой до 40 % развиваются синхронно с опухолями наружной части околоушной СЖ (ОУСЖ) или с малыми СЖ [6].

Лечение больных с плеоморфными аденомами СЖ сводится в основном к хирургическому удалению, так как эти опухоли радиорезистентны [7]. Прогноз после адекватно проведенной операции, как правило, благоприятный [8].

В отделении ОГШ РНИОИ за пятилетний период (2009–2013 гг.) находилось 5192 пациента с ОГШ. Из них с опухолями СЖ было 333 (6,4 %), с опухолями ОУСЖ – 281 (84,4 % всех опухолей СЖ и 5,4 % всех ОГШ). Больных с опухолями глоточного отростка ОУСЖ было 5 (1,5 % среди опухолей СЖ и 0,096 % всех пациентов с ОГШ). Из их числа у 4 больных опухоли глоточного отростка изначально располагались в парафарингеальном пространстве, и лишь у одного имелась множественность опухолевого расположения. Представляем 2 клинических наблюдения, различных по клиническому течению и результатам.

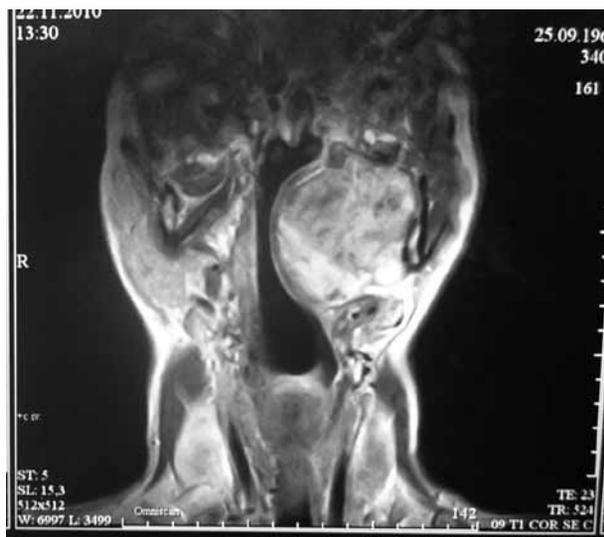


Рис. 1. По данным КТ справа в парафарингеальной области определяется опухоль 53 × 62 × 60 мм дольчатого характера, гипointенсивной плотности, деформирующая глотку

Figure 1. CT scans reveal the tumor in the right parapharyngeal region 53x62x60 mm, with lobular structure, hypointensive, deforming the pharynx

Клинические наблюдения

Больная Б., 46 лет (ист. бол. № С-18400/я), поступила в отделение ОГШ с диагнозом «опухоль глоточного отростка ОУСЖ».

Жалобы при поступлении на чувство инородного тела в глотке, затрудненное проглатывание слюны и пищи, измененную речь. Считает себя больной в течение 6 месяцев. Из-за усиления жалоб обратилась в РНИОИ. При осмотре и пальпации шеи патология не выявлена. В полости рта и глотке отмечается асимметрия глотки за счет выбухания левой половины. Данные компьютерной томографии (КТ) свидетельствовали о наличии опухоли в левом парафарингеальном пространстве, смещающей глотку вправо (рис. 1). Пункционная биопсия выявила плеоморфную аденому (№ 28828). Больную прооперировали. Доступ к опухоли был из подчелюстной области с сохранением целостности маргинальной ветви лицевого нерва. После перевязки наружной сонной артерии послонной выделена и удалена опухоль в капсуле (рис. 2). Патогистологический диагноз подтвердил плеоморфную аденому (№ 80693-696/10). Послеоперационный период протекал спокойно. Выписана домой. Находится под наблюдением более 3 лет без рецидива.

Больной С., 23 года (ист. бол. № С-437/г), поступил в отделение ОГШ РНИОИ с диагнозом «рецидив плеоморфной аденомы правой ОУСЖ с поражением глоточного отростка». Жалобы при поступлении аналогичны предыдущему случаю. При осмотре лицо симметричное, мимические мышцы подвижны. В пра-

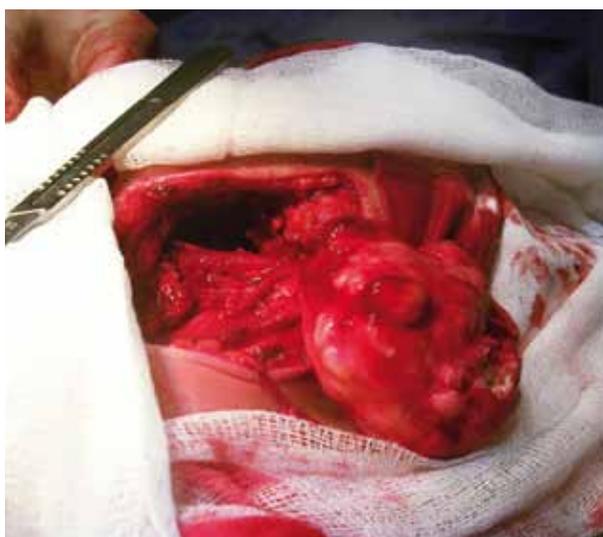


Рис. 2. Парафарингеальная опухоль удалена радикально из подчелюстного доступа

Figure 2. Parapharyngeal tumor removed radically from submandibular approach

вой половине лица в проекции ОУСЖ, щеки и нижней челюсти несколько рубцов. В полости рта выявлена асимметрия мягкого неба за счет выпухания правого парафарингеального пространства, где мануально определялась опухоль с нечеткими границами и пульсацией у ее верхне-заднего отдела. КТ подтвердила наличие опухоли в парафарингеальном пространстве справа (рис. 3, 4). Пункционная биопсия выявила плеоморфную аденому.

Из анамнеза: болен около 10 лет. В 2004 г., а затем в 2006 г. в детском отделении РНИОИ были удалены опухоли наружной части ОУСЖ. Гистологическое заключение в обоих случаях – плеоморфная аденома (№ 26816-26817 от 05.11.2004). В 2008 г. возник рецидив. Был госпитализирован в отделение ОГШ РНИОИ, где проведена субтотальная, в плоскости ветвей лицевого нерва, паротидэктомия с удалением опухоли, расположенной в поверхностной части железы. Патогистологическое заключение – плеоморфная аденома (№ 72483-488/08). В 2010 г. – вновь рецидив, опухоль располагалась в проекции ОУСЖ: над углом нижней челюсти, на расстоянии до 2,5 см от места первых ее локализаций. Имелись увеличенные шейные лимфатические узлы на стороне опухоли. Произведена паротидэктомия вместе с опухолью, включая фрагменты жевательных мышц. Одновременно осуществлена лимфодиссекция в объеме IIА-В, III уровней. Гистологическое исследование опухоли вновь подтвердило плеоморфную аденому. В лимфатических узлах шеи онкопатология не выявлена. В 2013 г. – новый рецидив в проекции скулового отростка. Проведено удаление опухоли до кости. Гистологическое заключение: плеоморфная аденома.

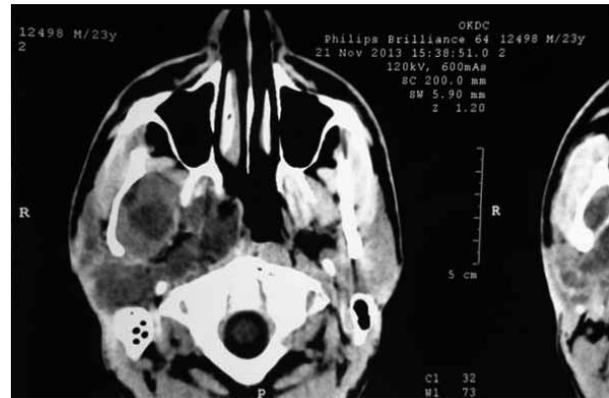


Рис. 3. МРТ околоушной области. Опухоль занимает всю крылонебную ямку, деформируя носоглотку с вовлечением верхнечелюстной артерии и вены, смещая внутреннюю сонную артерию и вену кзади
 Figure 3. MRI of parotic region. Tumor occupies the whole pterygopalatine fossa deforming nasopharynx and involving maxillary vessels and relocating internal carotids backward

При всех операциях, а их было 5, опухоли удалялись радикально с сохранением целостности ветвей лицевого нерва. Операции осуществляли хирурги, обладающие более чем 30-летним опытом работы с данной категорией больных. При каждой госпитализации пациент проходил полное клиническое и лабораторное обследование. Осматривался стоматологом и оториноларингологом.



Рис. 4. КТ черепа. Справа в парафарингеальной области определяется опухоль дольчатого характера, деформирующая носоглотку и околоушную область без признаков прорастания

Figure 4. CT scans of the skull. Lobular tumor is visible in the right parapharyngeal region, deforming nasopharynx and parotic region without its involvement.

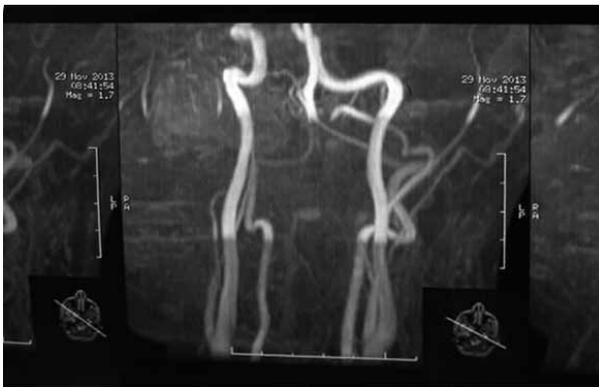


Рис. 5. МРТ с контрастным исследованием сосудов околоушной области, глотки и шеи. Четко визуализируются сосудистые структуры шеи. Признаков инвазии опухолевого процесса во внутреннюю, наружную, общую сонные артерии и яремную вену нет. Все магистральные сосуды отнесены без признаков прорастания в них опухоли

Figure 5. MRI with contrast of parotid vessels, pharynx and neck. Vessels are clearly visualized without signs of tumor invasion into internal, external and common carotids and jugular vein. All vessels are relocated without involvement.

При возвращении к статусу больного при последней госпитализации у нас возник вопрос о резектабельности опухоли, обусловленный близостью магистральных сосудов, в первую очередь внутренней сонной артерии. Была проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастированием сосудов околоушной области, глотки и шеи (рис. 5), показавшая отсутствие вовлечения внутренней сонной артерии в опухолевой процесс. Больной и его родственники дали согласие на операцию.

Операция осуществлялась под эндотрахеальным наркозом, через предварительно наложенную трахеостому. Кожный разрез был произведен в подчелюстной области от переднего края кивательной мышцы до переднего брюшка двубрюшной мышцы. Выделена и перевязана наружная сонная артерия выше язычной артерии. Прослежена и сохранена концевая ветвь лицевого нерва. Послойно вскрыто парафарингеальное пространство. Операция проходила с техническими сложностями, обусловленными близостью внутренней сонной артерии и спаянностью опухоли с окружающими тканями. Тупым путем мануально и распатором опухоль отделена от глотки, основания черепа и других окружающих тканей. Кверху и латерально от нечетко прощупываемой вер-

хушки опухоли определялась пульсация внутренней сонной артерии. Нижняя часть опухоли вывихнута в рану (рис. 6). Выделить опухоль одновременно целиком не удалось. Удаление опухоли осуществлено фрагментами (рис. 7). Мануальная ревизия операционной полости позволяла думать о полном удалении опухоли. В полость операционной раны вставлен дренаж. Гистологическое исследование макропрепарата вновь установило плеоморфную аденому (№ 1997-2003/14).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны произошло первичным натяжением. При выписке жалоб нет. Речь и глотание в норме. Восстановилась симметрия мягкого неба. Повторный визуальный осмотр через 2,5 месяца не выявил патологии. Однако по данным контрольной МРТ был выявлен продолженный рост опухоли с распространением в правую крыловидную ямку, окутывая внутреннюю сонную артерию с прорастанием в ветвь нижней челюсти.

Учитывая частоту рецидивирования и длительность анамнеза, возникли подозрения на возможность малигнизации аденомы. Был проведен консилиум с участием лучевых терапевтов, принято решение о проведении лучевой терапии до СОД 40 Гр.

По окончании послеоперационного облучения, которое больной перенес удовлетворительно, наружных и внутриротовых изменений не наблюдалось. Контрольная МРТ показала сокращение опухолевого процесса в объеме. Консилиум принял решение о продолжении лучевой терапии до лечебной дозы 60 Гр.

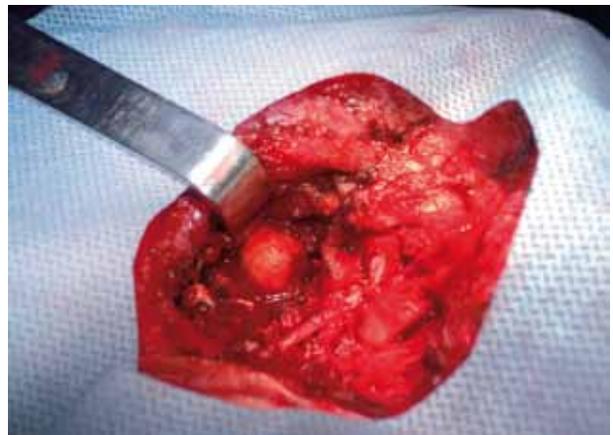


Рис. 6. Выделен в рану нижний край опухоли глоточного отростка ОУСЖ

Figure 6. Lower part of parotid pharyngeal process is in the operation field



Рис. 7. Удаленная фрагментами опухоль глоточного отростка ОУСЖ

Figure 7. Fragmented tumor of parotid pharyngeal process.

Через 45 дней после окончания облучения состояние больного удовлетворительное. При наружном осмотре и мануальном исследовании полости рта патология не выявлена. От контрольной МРТ пациент отказался. Рекомендован ежемесячный осмотр в РНИОИ.

Обсуждение

Плеоморфные аденомы и их рецидивы из-за радиорезистентности лечатся в основном хирургическим способом. Проводимые операции на парафарингеальных опухолях должны отвечать двум принципам: четкое определение границ опухоли и возможность радикального их удаления [9]. Прогноз после адекватно проведенной операции, как правило, благоприятный. Рецидивы возникают в основном из-за нерадикально проведенной операции или других факторов, до настоящего времени еще до конца не выясненных. При этом немалая роль отводится гормонально-метаболическим нарушениям [10, 11]. Представленное клиническое наблюдение (больной С.), несмотря на заключения патогистолога о рецидивах плеоморфной аденомы, должно было заставить хирурга заподозрить факт ее малигнизации. Данный конкретный случай подтверждает клинические данные о длительном периоде (до нескольких лет) перерождения доброкачественных аденом [12]. По данным Википедии [13], повторные рецидивы и малигнизация ассоциируются с плохим прогнозом, при котором 5-летняя выживаемость снижается до 66 %.

Тактику врача в представленном случае следует рассматривать как пример чрезмерной ориентации клиницистов на заключение патогистологов. Не умаляя их профессионализм, необходимо отметить, что данная ситуация еще раз говорит о сложностях при установке диагноза плеоморфной аденомы, особенно при ее рецидивах. Очевидно, в рассмотренном случае следовало бы заподозрить возможность малигнизации и добавить дополнительные методы верификации диагноза (иммуногистохимию и др.).

Заключение

Лечение плеоморфных аденом ОУСЖ желез в настоящее время хирургическое с сохранением целостности ветвей лицевого нерва. У представленного пациента с аденомой глоточного отростка СЖ, возникшей после третьего рецидива вне зоны первых хирургических вмешательств, следовало, несмотря на заключение патогистолога, заподозрить возможность малигнизации опухоли и начать проведение лучевой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Isacianu L., Miron I., Apostol D., Tansanu I. Pleomorphic adenoma of the submandibular gland in a tee. *Jurnalul de Chirurgie, Iași*. 2010;6(3):352.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии М.: Медицинская литература, 2000. 361 с. // Bernadskij Yu.I. *Basics of maxillo-facial surgery and surgical dentistry*. М.: Medical literature, 2000. 361 p.
3. Juncar M. Carcinoma Ex-Pleomorphic. Adenoma. *Chirurgia*. 2013;108:273–6.
4. Асланова Э.Ч., Дробышев А.Ю., Мудунов А.М. Особенности выбора хирургических доступов в лечении больных с распространенными опухолями околоушной слюнной железы парафарингеальной локализации. *Стоматология для всех*. 2013;2:14–7. // Aslanova E.Ch., Drobyshev A.Yu., Mudunov A.M. *The choice of surgical approach in the treatment of the patients with locally advanced parotid tumors of parapharyngeal localization*. *Stomatology for everybody*. 2013;2:14–7.
5. Опухоли глоточного отростка околоушной слюнной железы. *Tumors of pharyngeal process of parotid gland* – www.riyad-ruf.ru/ <http://www-riyad-ruf-ru-edit-lact-ru-metodyi-lecheniya>
6. Batsakis J.G., Sneige N. Pathology consultation: parapharyngeal and retropharyngeal space diseases. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol*. 1989;98:320–21.
7. Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. М.: Медицина, 1976. 173 с. // Shargorodskij A.G. *Manual for practice on surgical stomatology*. М.: Medicine, 1976. 173 p.
8. Oliai B.R., Sheth S., Burroughs F.H., et al. Parapharyngeal space tumours: a histopathological study of 24 cases on fine-needle aspiration. *Diagn. Cytopathol*. 2005;32:11–5.
9. Bozzetti A., Biglioli F., Gianni A., et al. Mandibulotomy for access to benign deep lobe parotid tumours with para-pharyngeal extension: report of four cases. *J. Oral. Maxillofac. Surg*. 1998;56:272–6.
10. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000. 229 с. // Paches A.I. *Head and neck tumors*. М.: Medicine, 2000. 229 p.
11. Weerakkody Y., Gaillard F., et al. Pleomorphic adenoma. *Radiopaedia*. org. 07.05.2014.
12. Mendelsohn A.H., Bhuta S., Calcaterra T.C., et al. Parapharyngeal space pleomorphic adenoma: a 30-year review. *Laryngoscope*. 2009;119(11):2170–4. doi: 10.1002/lary.20496.
13. http://en.wikipedia.org/wiki/Pleomorphic_adenom

УДАЛЕНИЕ ГЛАЗА: ХАРАКТЕР ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ, СРОКИ И МЕТОДЫ ОПЕРАЦИЙ

OPHTHALMECTOMY: CHARACTERISTICS OF OPHTHALMIC PATHOLOGY, CLINICAL MANIFESTATION OF MECHANICAL TRAUMA, TIME CONSTRAINTS AND METHODS OF SURGERY

И.А. Филатова, Е.Н. Вериги, И.А. Пряхина

Отдел травматологии, реконструктивной хирургии и глазного протезирования ФГБУ МНИИ ГБ им. Гельмгольца Минздрава России, Москва
Контакты: Филатова Ирина Анатольевна – e-mail: filatova13@yandex.ru

I.A. Filatova, E.N. Verigo, I.A. Pryahina

*FSBI Helmholtz scientific research center, Moscow
Traumatology, reconstructive surgery and ophthalmoprostesis department
Contacts: Irina Filatova Anatolievna – e-mail: filatova13@yandex.ru*

В статье рассмотрены вопросы офтальмопатологии, приводящей к удалению глаза, особенно при исходах тяжелой механической травмы. Выявлены особенности повреждений, описана клиническая картина тяжелой механической травмы глаза. Проведен анализ операций по удалению глаза в МНИИ ГБ им. Гельмгольца за 5 лет в период с 2009 по 2013 г. (1587 операций). Определена лидирующая позиция посттравматической патологии в причинах удаления глазного яблока (45,75 %).

Ведущей в структуре глазного травматизма следует признать бытовую травму, за которой следуют криминальные повреждения и травма органа зрения в детском возрасте. Применение различного оружия при криминальной травме утяжеляет исход за счет механических, термических и химических поражающих факторов. При автодорожной травме частота сочетания повреждений глаза и его придатков достигает 61,2 %. В 90 % случаев имеет место черепно-мозговая травма.

Открытая травма превалировала по сравнению с закрытой. При ожоговой травме и сопутствующем повреждении век при механической травме наряду с удалением слепого глаза выполняли реконструкцию придаточного аппарата глаза. Для создания подвижной объемной опорно-двигательной культи использовали орбитальные имплантаты из Карботекстима (углерод) и политетрафторэтилена. Данные материалы обладают хорошей биосовместимостью, интеграцией с окружающими тканями, легко моделируются, характеризуются низким риском обнажения и отторжения. При использовании орбитальных имплантатов создаются оптимальные условия для достижения функциональной и косметической реабилитации пациентов с анофтальмом. Противопоказанием к использованию имплантатов были гнойные воспалительные процессы в орбите. Анализ полученных данных позволил обосновать показания и сроки удаления глазного яблока с определением оптимальной методики проведения операций.

Ключевые слова: удаление глаза, анофтальм, энуклеация, эвисцерация, глазопротезирование, орбитальный имплантат, Карботекстим.

ABSTRACT

The authors discuss the most important questions of ophthalmic pathology which may lead to ophthalmectomy, especially in cases of severe mechanical traumas; they also emphasize on the specifics of injuries, presenting the clinical case of such trauma of the eye. Deep analysis of ophthalmectomies performed in Helmholtz scientific research center within 5 years (2009-2013, 1587 surgeries) had been made by the authors, and, as a result, the leading position of posttraumatic pathology requiring further ophthalmectomy had been defined (45,75%).

Home accidents prevail in the structure of ophthalmic traumatism; the other reasons are criminal injuries and traumas in children. The use of various types of weapons worsens the results due to mechanical, thermic and chemical injuring factors. Car accidents lead to combined damages of oculus and its adjuncts in 61,2% of cases coming along with cranioccephalic traumas presented in 90%.

Opened traumas prevail over closed ones. In cases of ambustial traumas with the following eyelids damages the reconstruction of oculus adjuncts was performed together with blind eye removal. Orbital implants made from Carbotextim and polytetrafluoroethylenes were used to produce the volumetric locomotor stump. These materials are well bio compatible, well integrated into the surrounding tissues, easily modelled, with low risk of exposure and graft rejection. Their use facilitates good functional and cosmetic rehabilitation for patients with anophthalmos. The main contraindications for implantation were suppurative inflammation of the orbit. The analysis of data helps to define the main indications, optimal surgical method and time constraints for ophthalmectomy.

Key words: ophthalmectomy, anophthalmos, enucleation, evisceration, oculus prosthesis, orbital implant, Carbotextim

Удаление глазного яблока (ГЯ; энуклеация, эвисцерация) составляет от 1 до 4 % среди всех офтальмологических операций как следствие тяжелой травматической патологии, воспалительных процессов при абсолютной глаукоме, онкологических заболеваний [1]. Основными показаниями для операции являются: угроза развития симпатического воспаления (при травме), профилактика возможных рецидивов и метастазирования (при онкопатологии), устранение болевого синдрома (при глаукоме и воспалении) и достижение оптимальных косметических результатов [2–5].

Ежегодно в Российской Федерации производится около 12 тыс. операций удаления глаза по различным методикам. Для формирования объемной опорно-двигательной культи (ОДК), обеспечивающей наилучшие результативные показатели глазопротезирования, используют различные биологические и синтетические материалы [6, 7]. После удаления глаза применяют различные варианты глазных протезов, благодаря которым возможна медицинская, психологическая и косметическая реабилитация пациентов с анофтальмом [8, 9].

Анализ причин удаления ГЯ обнаружил их неоднородность по данным различных регионов РФ и крупных клиник, однако лидирующую позицию в целом занимает посттравматическая патология.

Цель работы: анализ офтальмопатологии, приводящей к удалению глаза, особенно при исходах тяжелой механической травмы, с выявлением особенностей повреждений, показаний, сроков и методов удаления глаза.

Материал и методы исследования

Проведен анализ операций по удалению глаза в МНИИ ГБ им. Гельмгольца за 5 лет в период с 2009 по 2013 г. (всего 1587 операций). Основную клиническую группу составили 826 пациентов, которым в условиях отдела травматологии реконструктивной хирургии и глазного протезирования были проведены операции по удалению ГЯ. Преобладали больные мужского пола (69,6 %) в возрасте от 19 до 55 лет (38,8 %). Комплексное клинико-диагностическое обследование пациентов включало традиционные методики (визометрия, тонометрия, определение полей зрения, биомикроскопия, офтальмоскопия), комплекс электрофизиологических, эхографических, рентгенологических (в том числе компьютерная томография орбит) и иммунологических исследований. Операцию по удалению глаза выполняли по следующим методикам: 1) простая энуклеация, энуклеация с формированием ОДК с использованием орбитального имплантата; 2) простая эвисцерация, эвисцерация с кератэктомией и резекцией заднего полюса глаза с формированием ОДК. Для формирования объемной ОДК использовали два вида орбитальных имплантатов: Карботекстим (углерод) и политетрафторэтилен (ПТФЭ). Разработанный совместно с НИИ «Графит» (Москва) и используемый в МНИИ ГБ Карботекстим (углеродный композит) имеет форму дисков различного диаметра (от 12 до 22 мм) с толщиной 3,0 мм. ПТФЭ разработан фирмой «Экофлон» (Санкт-Петербург), имеет вид сферических имплантатов диаметром 18, 19, 20 мм. Срок наблюдения за больными составил от 6 месяцев до 5 лет. Анализ полученных данных позволил обосновать показания и сроки удаления ГЯ с определением оптимальной методики проведения операций.

Результаты и их обсуждение

За пятилетний период с 2009 по 2013 г. в различных клинических подразделениях МНИИ ГБ было произведено 1587 операций по удалению глаза (табл. 1).

Таблица 1. Число операций удаления глаза в различных подразделениях МНИИ ГБ им. Гельмгольца
Table 1. Number of enucleation surgeries in various departments of Moscow Helmholtz scientific research institute

Год Year	Отдел травматологии Traumatology dept	Отдел офталь- моонкологии Ophthalmic oncology dept	Детское хирургическое отделение Children surgery dept
2009	158	121	9
2010	163	152	4
2011	179	157	2
2012	175	156	2
2013	151	145	13
Итого Total	826	731	30

Столь значительное число операций (1587) как в отделе травматологии (826), так и в отделе офтальмоонкологии МНИИ ГБ (731) объясняется высоким статусом этих подразделений, куда обращаются пациенты из различных регионов России, СНГ и зарубежных стран. Выбор тактики лечения, проведение хирургических вмешательств у пациентов с онкологической патологией определяются специфическими показаниями, требованиями и сроками их выполнения, которые в настоящем сообщении не являются предметом обсуждения.

Тяжелая механическая травма глаза и ее последствия явились причиной удаления глаза в 45,75 % случаев в МНИИ ГБ им. Гельмгольца в целом и в 88,25 % – в отделе травматологии института.

Основаниями к удалению ГЯ после травмы являлись осложнения, повлекшие отсутствие зрительных функций, необратимые органические изменения структур и оболочек глаза, угроза развития симпатической офтальмии, что подтверждалось данными клиники и иммунологических реакций, а также бесперспективность и косметическая неполноценность слепого глаза.

При последствиях механической травмы группу риска составляли пациенты с обширными ранениями, разрывом оболочек, значительной потерей стекловидного тела; двойными проникающими ранениями при отсутствии полной герметизации фиброзной капсулы глаза; внедрением осколка в полость глаза; повреждением хрусталика; развитием внутриглазной инфекции (рис. 1); увеитом на иммунной основе; субконъюнктивальным



Рис. 1. Внутриглазная инфекция (эндофталмит)
Figure 1. Intraocular infection (endophthalmitis)

разрывом склеры (рис. 2); вторичной абсолютной глаукомой; посттравматической субатрофией ГЯ (рис. 2, 3).

Ведущей в структуре глазного травматизма следует признать бытовую травму (55,2 %), за которой следуют криминальные повреждения (15,7 %) и травма органа зрения в детском возрасте (9,5 %). Возрастание числа криминогенных ситуаций в связи с широким применением газового и боевого оружия привело к утяжелению исходов травматической патологии, т. к. поражающими факторами являются механические, термические и химические воздействия на ГЯ и окружающие ткани.

Особое место занимает автодорожная травма, причем изолированная травма глаза встречалась в 9,9 % случаев, а ее сочетания с повреждениями придатков глаза (мягких тканей и костей орбиты) – в 61,2 %. В этой группе более чем в 90 % случаев имела место черепно-мозговая травма различной степени тяжести. Одновременное двустороннее поражение глаз наблюдалось у 24,5 % больных, проникающие ранения осколками разбившегося ветрового стекла, часто с внедрением множественных инородных тел – у 34,7 %. Открытая травма глаза, как правило, сочеталась с контузионным компонентом при ударе о посторонние предметы в момент выпадения пострадавших из машины или мотоцикла, с переломами костей лицевого скелета и орбиты.

Анализ исходов сочетанных с повреждениями глаз комбинированных ранений и травм при ДТП показал, что в данном случае на первый план выходит патология, от которой зависит жизнь пострадавшего, что не всегда позволяет осуществить своевременную офтальмохирургическую помощь, а это приводит к развитию слепоты и слабовидения. Чаще всего таким



Рис. 2. Пациент Т. OS исход субконъюнктивального разрыва склеры с выпадением внутренних оболочек и хрусталика, посттравматический увеит, субатрофия III степени

Figure 2. Patient T. The results of subconjunctival rupture of sclera with inner coats and lens prolapse, posttraumatic uveitis, subatrophy stage III.



Рис. 2а. Пациент Т. Через 1 год после энуклеации с формированием опорно-двигательной культи углеродным имплантатом

Figure 2a. Patient T. One year after enucleation with carbon implant locomotor stump formation



Рис. 3. Последствия проникающего корнеосклерального ранения, посттравматическая субатрофия глазного яблока

Figure 3. Sequences of penetrating corneoscleral wound, posttraumatic ocular subatrophy

пациентам экстренная помощь оказывалась в условиях многопрофильных стационаров, а специализированная офтальмологическая помощь в 60 % случаев имела отсроченный характер, или же пострадавшие впервые обращались к офтальмологу в весьма отдаленные сроки (2 недели – 1–3 месяца и более), когда в связи с развитием тяжелых осложнений необходимо было решать вопрос о проведении органосохраняющего лечения или об удалении глаза и реконструктивных операциях.

При механической травме глаза клинически выявлялись грубые рубцовые изменения переднего его сегмента (53 %), повреждения зрительного нерва (61,2 %), гемофтальма (40–50 %), вторичная глаукома (9,6 %), субатрофия глаза II–III степени (32,7%) при полном отсутствии зрения или неправильной светопроекции. Особенно тяжелая травма наблюдалась у пациентов, перенесших ранее радиальную кератотомию, что сопровождалось разрывом ГЯ по 2–3 кератотомическим рубцам, выпадением содержимого глаза с развитием субатрофии у 82,7 % и последующей энуклеацией у 25,8 % больных (рис. 4).

Анализ характера открытой травмы, которая у 61,9 % больных была причиной удаления глаза, показал, что она являлась следствием осколочного ранения в 40,5 % случаев и огнестрельного поражения – в 17,1 %. При этом у 30,8 % больных по месту жительства предпринималось несколько безуспешных попыток удаления осколка из глаза. Крайне тяжелые механические повреждения ГЯ и его придаточного аппарата были следствием

Таблица 2. Характер глазной травмы
Table 2. Type of ophthalmic trauma

Годы Years	Открытая Opened		Закрытая Closed		Ожоговая Ambustial		Итого Total	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2009	87	62,1	46	32,9	7	5,0	140	100
2010	85	59,7	54	38,0	3	21,1	142	100
2011	97	64,2	47	31,1	7	4,6	151	100
2012	95	59,4	59	36,9	6	3,8	160	100
2013	87	64,0	45	33,1	4	2,9	136	100
Итого Total	451	61,9	251	34,4	27	3,7	729	100



Рис. 4. Обработанный разрыв роговицы по кератотомическим рубцам после контузионной травмы

Figure 4. Treated corneal rupture along ceratotomy cuts after contusion trauma

разрыва точильного круга (7 %) и взрывной травмы (2,2 %). При закрытой травме (34,4 %) удар по глазу в 60,5 % случаев наносился тяжелым предметом (рукоятка пистолета, монтировка, доска) или в 19,5 % – при неустановленных обстоятельствах во время драк и криминальных разборок (табл. 2). Удаление слепого глаза с реконструкцией придаточного аппарата требовалось при наличии ожоговой болезни (3,7 %) в основном в связи с вторичной болящей глаукомой или по косметическим показаниям (рис. 4, 5).

Несмотря на то что целью исследования был анализ травматической патологии как причины удаления глаза, мы сочли возможным уделить внимание другим видам офтальмопатологии, которые завершаются этой тяжелой в психологическом и техническом плане операцией. Помимо посттравматической патологии, являющейся причиной энуклеации или эквисцерации, удаление слепого ГЯ было проведено 97 пациентам по поводу нозологий, представленных в табл. 3. У этих больных клинически имели место выраженный болевой синдром, признаки аутоиммунного воспаления, что подтверждалось при иммунологическом исследовании крови (реакция торможения миграции лейкоцитов – РТМЛ), или некупирующиеся проявления внутриглазной инфекции, а также растяжение и деформация глаза при терминальной глаукоме (рис. 5).

Удаление глаз при травматической и нетравматической патологии выполнялось при отсутствии зрительных функций. Данные остроты зрения представлены в табл. 4, согласно кото-

Таблица 4. Данные остроты зрения до операции удаления глаза
Table 4. Vision before enucleation

Год Year	0 (ноль)		Pr. incerta		Итого total	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2009	139	87,9	19	12,1	158	100
2010	154	94,4	9	5,6	163	100
2011	162	90,5	17	9,5	179	100
2012	158	90,3	17	9,7	175	100
2013	148	98,0	3	1,9	151	100
Итого Total	761	92,1	65	7,9	826	100

рой удаление абсолютно слепого ГЯ производилось в 92,1 % случаях, а у 7,9 % пациентов была неправильная светопроекция при наличии необратимых тяжелых изменений в поврежденном глазу.

При комплексном ультразвуковом исследовании у 37,5 % пациентов выявлялись грубые шварты в стекловидном теле, субтотальный и тотальный гемофтальм; иноперабельная отслойка внутренних оболочек (цилиарного тела, сосудистой оболочки и сетчатки) наблюдалось в 31,1 % случаев, субатрофия различной степени – в 35,4 %. Со стороны хориоретинального комплекса в ранние сроки после травмы (до 3 месяцев) отмечалось утолщение оболочек до 2,5–3,0 мм; в более поздние сроки (более 1–3 лет) наблюдали уплотнение, кальцификацию оболочек с уменьшением плотности ретробульбарной клетчатки, которая в ряде случаев не визуализировалась.

Анализ реакций клеточного иммунитета (РТМЛ) к антигенам глаза выявил гиперсенсibilизацию к роговичной ткани у 33,3 % больных. Наиболее часто реакция к увеаретинальной ткани отмечалась при хроническом или рецидивирующем воспалении в травмированном глазу (36,5 %). Следует отметить, что не всегда эти данные коррелировали с клиническими проявлениями процесса [10].

При исследовании контрлатерального глаза у большинства пациентов органические изменения не выявлялись, однако в 28,2 % случаев наблюдалась миопия слабой и средней степени,

Таблица 3. Причины удаления глаза нетравматической этиологии
Table 3. Enucleation reasons, non-traumatic etiology

Причины Reasons	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Итого Total
Абсолютная первичная болящая глаукома Absolute primary glaucoma	2	4	10	4	6	26
Субатрофия глаза, увеит Ophthalmic subatrophy, uveitis	10	11	9	4	6	40
Врожденная болящая глаукома Inherited glaucoma	1	1	4	2	-	8
Вторичная некомпенсированная глаукома Secondary non-compensated glaucoma	3	3	3	3	1	13
Перфорация роговицы, эндофтальмит Cornea perforation, endophthalmitis	1	1	1	1	1	5
Врожденное недоразвитие, атрофия глаза Inherited ophthalmic hypoplasia or atrophy	1	1	1	1	1	5
Итого Total	18	21	28	15	15	97

Таблица 5. Сроки удаления глазного яблока при травматической патологии
Table 5. Enucleation time constraints after traumas

Год Year	до 3 мес. Before 3 months		1–3 мес. 1–3 months		3–6 мес. 3–6 months		6–12 мес. 6–12 months		1–3 года 1–3 years		более 3 лет more than 3 years		Итого Total	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2009	15	10,7	27	19,3	11	7,9	10	7,1	21	15,0	56	40,0	140	100
2010	15	10,6	11	7,7	22	15,5	16	11,3	19	13,4	59	41,5	142	100
2011	16	10,6	15	9,9	16	10,6	22	14,6	25	16,6	57	37,7	151	100
2012	17	10,6	29	18,1	23	14,4	26	16,3	20	12,5	45	28,1	160	100
2013	11	8,1	17	12,5	20	14,7	15	11,0	31	22,8	42	30,9	136	100
Итого Total	74	10,2	99	13,6	92	12,6	89	12,2	116	15,9	259	35,5	729	100

а у 17 % больных – гиперметропия. В единичных случаях на состояние контрлатерального глаза влияли последствия травмы (в том числе подозрение на симпатическую офтальмию по данным клиники и РТМЛ), катаракта, глаукома, астигматизм, амблиопия, ангиит, болезнь Илса.

Оценка результатов комплексного обследования больных позволила определить и обосновать сроки удаления глаза при травматической патологии (табл. 5).

Удаление ГЯ в ранние сроки (в течение первого месяца) чаще было связано с тяжестью травмы, разрушением глаза и невозможностью восстановления целостности его фиброзной капсулы. Как правило, это происходило при сочетании обширной раны с выпадением содержимого глаза и выраженном контузионном компоненте, при неполной герметизации раны, наличии двойных (сквозных) ранений с необработанным выходным отверстием, в результате осколочной травмы, внутриглазной инфекции.



Рис. 5. Пациентка Р. OS бупфтальм, абсолютная врожденная глаукома
Figure 5. Patient R. Buphthalmos, absolute inherited glaucoma



Рис. 5а. Пациентка Р. через 2 недели после операции по удалению глазного яблока слева и первичного глазного протезирования
Figure 5a. Patient R. in 2 weeks after left oculus surgical removal and primary prosthesis

Удаление ГЯ в сроки от 1 до 3 месяцев происходило по тем же причинам, но пациенты из других регионов, направленные в институт для лечения, уже получили первичную помощь по месту жительства, где производили первичную хирургическую обработку и консервативное лечение в целях сохранения глаза как органа.

В более поздние сроки удаление ГЯ было связано с желанием пациентов сохранить собственный глаз, однако после тяжелых травм часто возникающие воспалительные реакции (посттравматический увеит) создавали угрозу развития симпатической офтальмии.

Удаление в сроки свыше 3 лет было обусловлено воспалением, возникающим после длительного спокойного периода, иногда после случайной повторной травмы, а также с желанием больного улучшить косметический статус на стороне повреждения.

Травма органа зрения довольно часто сочеталась с поражением придаточного аппарата глаза (веки, костная орбита и ее мягкотканое содержимое). В этих ситуациях офтальмохирургу приходилось решать вопрос не только об удалении ГЯ с использованием оптимальной методики, но также о сложных реконструктивных вмешательствах по восстановлению разрушенных и поврежденных структур орбитальной области. Высокотехнологичные операции выполняли как пластикой местными тканями, так и с пересадкой свободных лоскутов кожи и слизистой оболочки.

Хирургом-офтальмопластиком в стационаре решался вопрос о способе удаления ГЯ, возможности использования имплантата для формирования ОДК, выборе материала и его параметров с целью обеспечения в дальнейшем оптимальных результатов глазопротезирования.

При выборе метода операции руководствовались показаниями к энуклеации или эквисцерации в зависимости от клинической картины, давности процесса, выраженности воспалительных реакций, сохранности орбитальных тканей и придаточного аппарата глаза, соматического статуса больных и др. Энуклеацию выполняли при грубой деформации и рубцах склеры, уменьшенном ГЯ (атрофия и субатрофия III стадии), панофтальмите. Эквисцерация являлась методом выбора при сохранной склере (перфорации роговицы, терминальная глаукома) и развитом эндофтальмите.

Практически во всех случаях в орбиту помещали орбитальный имплантат, за исключением гнойных воспалительных процессов (панофтальмит, эндофтальмит), когда выполняли простую энуклеацию или эквисцерацию соответственно.

Пожилой возраст и тяжелое соматическое состояние являлись относительными противопоказаниями к имплантации.

Основная цель хирурга при формировании ОДК заключалась в том, чтобы по прошествии времени не менялись форма, центральное расположение, объем, подвижность культи при сохранении минимального риска обнажения и отторжения имплантата.

Для создания подвижной объемной ОДК использовались Карботекстим и ПТФЭ. Карботекстим имеет волокнистообразную структуру, легко режется, моделируется, стерилизуется в автоклаве или сухожаровом шкафу. ПТФЭ обладает хорошей биосовместимостью, интеграцией с окружающими тканями, легко моделируется, характеризуется низким риском миграции, обнажения и отторжения.

В раннем и отдаленном периодах после операции все пациенты пользовались глазными протезами и отмечали не только купирование болей и воспаления, но и значительное улучшение внешнего вида (рис. 2а, 5а).

Таким образом, выбор оптимальной методики удаления глаза с использованием имплантата адекватных параметров и фиксации экстраокулярных мышц создают условия для достижения функциональной и косметической реабилитации пациентов с анофтальмом.

Выводы

Ведущими причинами удаления глаза по данным МНИИ ГБ им. Гельмгольца являются травма и онкологические заболевания.

Тяжелая механическая травма глаза и ее осложнения явились причиной удаления глаза при 45,75 % среди всех операций удаления глаза в МНИИ ГБ в целом и при 88,25 % – в отделе травматологии института.

При сочетанной и комбинированной травме необходимость удаления глаза обусловлены как тяжестью травмы, так и несвоевременным (поздним) оказанием специализированной помощи.

Сроки удаления глаза чаще связаны с тяжестью травмы и развитием посттравматических воспалительных осложнений.

Выбор метода операции обусловлен тяжестью клинических проявлений и сохранностью орбитальных тканей.

Формирование ОДК является необходимым этапом операции удаления глаза для обеспечения правильного соотношения тканей в орбите. Энуклеация и эвисцерация выполняются без использования имплантата только при гнойных воспалениях в орбите или при тяжелой соматической патологии.

Сочетание травмы глаза с поражением его придаточного аппарата требует выполнения операции удаления глаза одновременно с реконструктивными вмешательствами на полости орбиты и веках.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Кашников В.В. Травмы глаза. М.: «Геотар-Медиа», 2009. 553 с. // Gundorova R.A., Neroyev V.V., Kashnikov V.V. Traumas of oculus. M.: "Geotar-Media", 2009, 553 p.
2. Гундорова Р.А., Архипова Л.Т., Вериге Е.Н., Катаев М.Г. Осложнения тяжелых проникающих ранений, показания и способы удаления глазного яблока. Методические рекомендации. М., 2001. 20 с. // Gundorova R.A., Arkhipova L.T., Verigo E.N., Katayev M.G. Complications of severe penetrating wounds, indications and methods of oculus removal. Methodic recommendations. M., 2001. 20 p.
3. Вериге Е.Н., Садовская Е.П., Лаврентьева Н.В. Травматическая патология как одна из основных причин удаления глазного яблока. Сборник научных трудов III офтальмологического форума. М., 2010. С. 38–42. // Verigo E.N., Sadovskaya E.P., Lavrentyeva N.V. Traumatic pathology as one of the main reasons for oculus removal. Source book of III ophthalmology forum. M., 2010. P. 38–42.
4. Филатова И.А., Вериге Е.Н., Тхелидзе Н.Р., Берая М.З. Влияние качества хирургической обработки субконъюнктивальных разрывов склеры на их исход. Вестник офтальмологии. 2005;6:25–26 // Filatova I.A., Verigo E.N., Tkheldze N.R., Beraya M.Z. The influence of qualitative treatment manipulations on the results of sub conjunctival ruptures treatment. Vestnik ophthalmologii. 2005;6:25–26.
5. Гундорова Р.А. Повреждения органа зрения. Вопросы, требующие дальнейших разработок. Вестник офтальмологии (VIII съезд офтальмологов России). 2006;122(1):24–26 // Gundorova R.A. Oculus traumas. Questions to be developed in prospect. Vestnik ophthalmologii, 2006;122(1):24–26.
6. Гундорова Р.А., Быков В.П., Вериге Е.Н., Катаев М.Г., Филатова И.А. О применении углеродных имплантатов в пластической офтальмохирургии. Офтальмологический журнал. 1992;2:77–79 // Gundorova R.A., Bykov V.P., Verigo E.N., Katayev M.G., Filatova I.A. About carbon implants usage in plastic ophthalmosurgery. Journal of ophthalmology. 1992;2:77–79.
7. Гундорова Р.А., Быков В.П., Катаев М.Г., Филатова И.А. Новые достижения в орбитальной имплантологии и протезировании глаз. Российский медицинский журнал. 2000;6:27–30 // Gundorova R.A., Bykov V.P., Katayev M.G., Filatova I.A. New achievements in orbital implantology and oculus prosthesis. Russian medical journal 2000; 6:27–30.
8. Вериге Е.Н., Гундорова Р.А., Прыгина И.А. Психологические аспекты в реабилитации пациентов с анофтальмом. Офтальмология. 2012;9(3):81–84 // Verigo E.N., Gundorova R.A., Pryanina I.A. Psychological aspects in anophthalmic patients' rehabilitation. Ophthalmology, 2012;9(3):81–84.
9. Вериге Е.Н., Гундорова Р.А., Садовская Е.П. Сравнительная характеристика подвижности культи и протеза в зависимости от метода удаления глазного яблока. Российский офтальмологический журнал. 2012;5(2):14–19 // Verigo E.N., Gundorova R.A., Sadovskaya E.P. Comparative analysis of stump and implant mobility in dependence of the oculus removal method. Russian ophthalmology journal, 2012; 5(2):14–19.
10. Гундорова Р.А., Иллуридзе С.Л., Вериге Е.Н., Черноокова В.А. Роль иммунодиагностики в выборе тактики лечения посттравматической глазной патологии. Офтальмология. 2005;2:22–26 // Gundorova R.A., Illuridze S.L., Verigo E.N., Chernookova V.A. The role of immune diagnostics in the choice of treatment tactics for posttraumatic oculus pathology. Ophthalmology, 2005;2:22–26.

ПРОВЕДЕНИЕ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЧЕЛЮСТЯХ ВОССТАНОВЛЕННЫМИ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ НА МИКРОСОСУДИСТОМ АНАСТОМОЗЕ

DISTRACTION OSTEOGENESIS FOR PATIENTS AFTER ONCOLOGICAL SURGERIES ON JAWS WITH THE USE OF RESTORED AUTOTRANSPLANTS ON MICROVESSEL ANASTOMOSIS

А.Ю. Дробышев, Э.А. Меликов, И.А. Клипа, С.А. Снегирев

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва

Контакты: Дробышев Алексей Юрьевич – e-mail: KAFEDRA.GXS@msmsu.ru

A.Yu. Drobyshev, E.A. Melikov, I.A. Klipa, S.A. Snegiryov

SBEI A.I. Evdokimov Moscow state university of medicine and dentistry, department of maxillo-facial surgery

Contacts: Drobyshev Alexey Yur'evich – e-mail: KAFEDRA.GXS@msmsu.ru

Серьезной проблемой при лечении пациентов с дефектами альвеолярной части верхней и нижней челюстей, нуждающихся в реабилитации с применением дентальных имплантатов, является дефицит костной ткани. Дефект костной ткани вызывает необходимость проведения подготовительного этапа с целью создания условий для дентальной имплантации. Дистракционный остеогенез является наиболее простым, эффективным, физиологичным и наиболее предсказуемым методом при дефиците костной ткани для реабилитации с использованием дентальных имплантатов. Использование возможностей дистракционного остеогенеза на восстановленных челюстях с использованием аутотрансплантата на микрососудистом анастомозе в составе комплекса лечебных мероприятий может обеспечить решение многих проблем, связанных с длительностью и неэффективностью лечения.

Ключевые слова: челюсти, дистракционный остеогенез, дефицит костной ткани, предимплантологическая подготовка, дентальная имплантация.

ABSTRACT

Bone deficiency appears to be an extremely serious problem in the rehabilitation treatment of patients with jawbones defects requiring dental implants. Bone deficiency indicates the necessity of preparative treatment phase for the further dental implantation. Distraction osteogenesis is the simplest, effective and physiological method used for these purposes. Its application on restored jawbones with autotransplant on microvessel anastomosis usage as a part of the complex treatment may provide good clinical effect.

Key words: *jawbones, distraction osteogenesis, bone deficiency, preparations before implantation, dental implantation.*

В настоящее время имеется достаточно большое число пациентов с дефектами челюстей с частичной или полной адентией, возникшей после проведения онкологических операций в челюстно-лицевой области. Как известно, данные операции характеризуются обширной травматизацией и требуют одномоментного проведения пластики образовавшегося дефекта аутотрансплантатами (АТП) на микрососудистом анастомозе. Увеличивается число лиц молодого возраста с онкологической патологией, в т. ч. указанной локализации, и важной задачей для челюстно-лицевых хирургов становится не только восстановление функции, но и достижение хорошего косметического результата. Целью одномоментной пластики АТП на микрососудистом анастомозе после проведенной резекции челюстей при онкологических операциях является закрытие образовавшегося дефекта костной ткани (КТ) [8].

Для коррекции дефектов челюстей после резекции опухоли или тяжелой травмы наиболее часто используется АТП из мало-

берцовой кости (МБК). С тех пор, как в 1989 г. D.A. Hidalgo внедрил пересадку васкуляризованного лоскута МБК в клиническую практику [17], этот метод стал активно использоваться многими хирургами при коррекции обширных дефектов нижней челюсти. МБК не только обеспечивает большую длину костного АТП, он также имеет длинную питающую ножку и крупные сосуды, которые делают пересадку этого лоскута более надежным методом коррекции протяженных дефектов. К сожалению, недостаточная высота МБК может представлять проблему для последующей реабилитации при помощи дентальных имплантатов (ДИ), особенно у пациентов с сохранившимся фрагментом челюсти и остаточным зубным рядом [8, 14, 13].

Дальнейшая реабилитация при помощи нового АТП менее целесообразна из-за необходимости дополнительной операции с использованием донорских зон и вероятности возникновения осложнений. Пациенты после длительных операций часто отказываются от нового вмешательства [14, 15].

Как показал анализ литературы и опыт работы в указанных клинических ситуациях, дальнейшая реабилитация с целью предимплантологической и предпротезной подготовки требует дополнительного метода костной пластики. Поэтому реабилитация таких пациентов требует составления многоэтапного плана лечения для последующего рационального протезирования с опорой на ДИ с целью восстановления функциональных и эстетических параметров.

Дистракционный остеогенез (ДОГ) представляет собой клинический метод, который заключается в стимуляции роста КТ путем растяжения регенерата в результате постепенного ступенчатого разведения костных фрагментов. Во время дистракционного воздействия на костный регенерат одновременно создается напряжение в окружающих мягких тканях, инициируя, таким образом, процесс роста последних [5-7] (рис. 1.). По этой причине преимуществом ДОГ является одновременное увеличение объема КТ и окружающих мягких тканей с устранением необходимости забора КТ из других донорских участков.

Широко признано, что эта процедура является малотравматичной и надежной методикой костеобразования с низкой частотой осложнений [6-8, 11, 12].

В ходе большинства исследований при проведении ДОГ были получены убедительные клинические, гистологические и рентгенологические доказательства аугментации КТ, что делает этот метод наиболее легко прогнозируемой хирургической процедурой [2, 3, 9, 10].

Материал и методы исследования

В нашей клинике с 2006 по 2014 г. проведено лечение 250 пациентов с различными дефектами альвеолярной части верхней и нижней челюстей. Из их числа 89 человек имели дефекты челюстей после операций по поводу онкологической патологии (табл. 1). В зоне проведенной дистракции установлено 276 дистракционных аппаратов и 860 ДИ (табл. 2). Лечение проводилось с применением внутритканевых накос-



Рис. 1. Визуализация линий остеотомии для проведения беспрепятственного разведения костных фрагментов
Figure 1. Osteotomy lines for smooth bone fragments separation

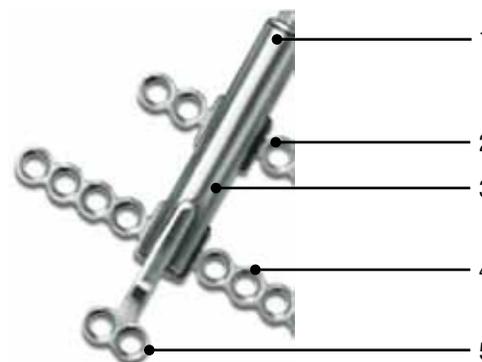


Рис. 2. Внешний вид альвеолярного дистракционного аппарата. 1 – активационный винт; 2 – дистракционное устройство; 3 – транспортная пластина; 4 – опорная пластина; 5 – плата контроля вектора дистракции

Figure 2. Appearance of alveolar distraction device
1 – activation screw; 2 – distraction device; 3 – transport sheet; 4 – bearing sheet; 5 – distraction vector control plane.

тных дистракционных аппаратов с фиксацией при помощи фиксирующих винтов из титана. Основными составляющими частями дистракционных аппаратов являются фиксирующие пластины (опорная и транспортная) и дистракционный механизм.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу, возрасту, этиологии и локализации дефектов
Table 1. Sex, age of patients, etiology, and defects localization

Параметры Parameters	Мужчины Males				Женщины Females			
	≤ 25	26-40	41-60	≥ 61	≤ 25	26-40	41-60	≥ 61
Возраст, годы Age, years								
Количество n	33	55	22	5	37	43	45	10
Этиология Etiology								
Воспалительный процесс Inflammation	8	21	7	4	13	16	17	6
Травма Trauma	15	17	3	0	14	10	10	0
Онкология Oncology	10	17	12	1	10	17	18	4
Локализация дефектов Defects localization	Верхняя челюсть Maxilla		Нижняя челюсть mandible		Верхняя челюсть maxilla		Нижняя челюсть Mandible	
	Фронт. отдел Anterior part	Боковой отдел Lateral part						
	25	37	38	25	26	32	37	30
Всего Total	125				125			

Таблица 2. Используемые материалы (дистракционные аппараты и дентальные имплантаты)
Table 2. Materials used (distraction devices and dental implants)

Локализация <i>Localization</i>	Верхняя челюсть <i>maxilla</i>	Нижняя челюсть <i>mandible</i>
Дистракционных аппаратов установлено <i>Number of distraction devices</i>	140	136
Осложнения <i>Complications</i>	Осложнений на этапе дистракционного остеогенеза не выявлено. <i>Not detected</i>	
Дентальных имплантатов установлено <i>Number of dental implants</i>	437 (51 %)	423 (49 %)
Осложнения <i>Complications</i>	Удалено имплантатов 8 (1 %) <i>8 implants removed</i>	

В рассматриваемом ниже клиническом случае мы использовали дистракционные аппараты «Конмет» и «KLS Martin Group». Данные аппараты системы TRACK позволяют одновременно проводить дистракцию от 9 до 20 мм (рис. 2). Выделяя группу пациентов с онкологическим этиологическим фактором, стоит отметить, что подход к их лечению должен быть тщательно спланирован во избежание осложнений и дополнительных нагрузок. Для этого лечение делится на этапы, что дает возможность избежать неблагоприятных факторов, а также дает возможность проведения наблюдения за каждым больным на каждом этапе, позволяя предотвратить и устранить какие-либо осложнения:

- костная пластика сложным трансплантатом (в большинстве случаев проводилась на этапе резекции челюсти, при одномоментной пластике дефекта);
- дистракционный метод;
- остеотомия трансплантата и челюсти с изменением положения фрагментов;
- дентальная имплантация;
- пластика полнослойным слизистым лоскутом с твердого неба;
- протезирование съемной или несъемной конструкцией.

Многоэтапное лечение и комплексная реабилитация пациентов требуют тщательного планирования исследований и лечебных методов, включая:

- клиническое обследование;
- лучевую диагностику;
- клинический функциональный анализ;
- анализ КТ и моделей челюстей в компьютерной программе, а также моделирование этапов операции, идеальных параметров КТ и оптимальной позиции ДИ, разметку зоны и линии остеотомии, выбор способа контроля вектора дистракции;
- выбор типа дистракционного аппарата, определение сроков дистракции, выбор типа имплантатов.

После проведения диагностики и определения показаний к применению ДОГ проводилось планирование собственно фазы дистракции. Для этого после проведения компьютерной томографии данные загружались в компьютерную программу «Surgicase Materialise», в которой предоперационно планировалась разметка зон и линий проведения остеотомии, лучше визуализировалась высота и толщина дефекта, оптимизировалось место для фиксации дистракционного аппарата, виртуально фиксировалась модель дистракционного аппарата, рассчи-

тывался вектор дистракции, оценивались виды возможных осложнений, возникающих при отклонении вектора дистракции, разрабатывались пути устранения наметившихся предпосылок к осложнениям, предварительно оценивался прирост КТ по высоте.

После определения параметров увеличения альвеолярной части верхней и нижней челюстей выбирали дистракционный аппарат, учитывая его особенности.

В одних случаях оперативное вмешательство проводилось на фоне премедикации и под местной анестезией, в других – под наркозом. Учитывалось общее соматическое состояние паци-

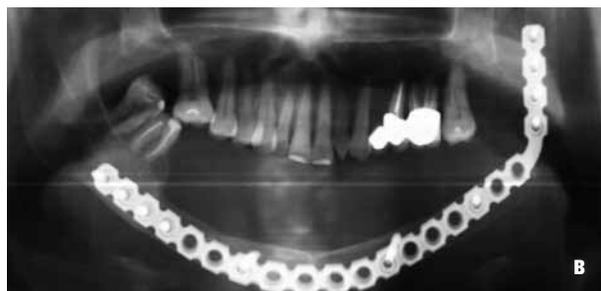


Рис. 3. Данные больной до начала лечения А – вид в полости рта, Б – Мультиспиральная компьютерная томография, В – ортопантомограмма

Figure 3. Patient X. Before treatment A – oral cavity view, Б – multispiral computed tomography, В – orthopantomography

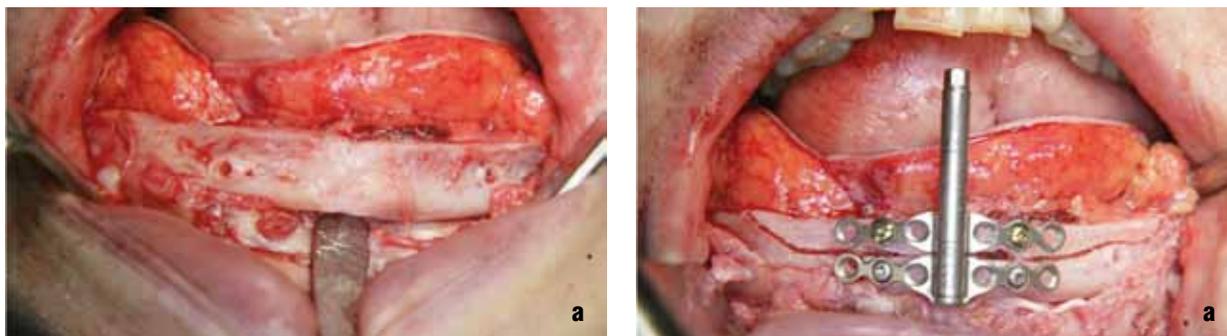


Рис. 4. Вид в полости рта во время операции горизонтальной остеотомии альвеолярной части АТП с фиксацией на костного distractionного аппарата. А – визуализация АТП МБК кости во время distraction, Б – фиксированный distractionный аппарат после проведенной остеотомии АТП МБК

Figure 4. Oral cavity view during operation: horizontal osteotomy with external fixation of distraction device A – bone visualization during distraction, B – distraction device fixed after osteotomy

ента и наличие сопутствующих заболеваний. После достижения обезболивания производился разрез слизистой оболочки и надкостницы, отступая от прикрепленной десны на 2-3 мм вестибулярно. Важно отметить, что слизистая оболочка и надкостница с язычной и небной сторон не отслаивалась, скелетировался лишь участок альвеолярной части нижней или верхней челюсти с вестибулярной стороны. При применении данного метода у пациентов после онкологических операций с одномоментной пластикой АТП горизонтальную остеотомию рекомендуется делать с небольшим наклоном в язычном направлении для максимального захвата васкуляризованного участка кости с сохранением ножки из мягких тканей в верхнем перемещаемом

сегменте. Вертикальная остеотомия КТ с обеих сторон делается под углом, чтобы получить костный сегмент трапециевидной формы для предотвращения поднуртений, которые могут помешать перемещению малого фрагмента при активации [17]. Точки пересечения горизонтальных и вертикальных линий остеотомии рекомендуется делать закругленными для минимизации переломов базального костного сегмента при активации distractionтора.

Данный метод позволяет сохранить трофику тканей. Проводилась оценка положения distractionного аппарата и линий остеотомии. Далее выполнялась фиксация distractionного аппарата и разметка линий остеотомии для соблюдения необходимого вектора. Затем аппарат снимался, и производи-

KLS Martin Group - лидер в проектировании и производстве медицинского оборудования и хирургического инструментария, позволяющего выполнять все виды хирургических вмешательств.

Особое направление - полная линия оборудования для distractionного остеогенеза, позволяющая проводить все виды коррекции.

KLS martin
GROUP

Российское представительство Гебрюдер Мартин ГмБХ & Ко. КГ
Россия 121471, Москва, ул. Рябиновая, д.43, оф. 309
Тел./Факс +7 499 792 7619, +7 499 792 7653
info@klsmartin.ru www.klsmartin.com

* на правах рекламы

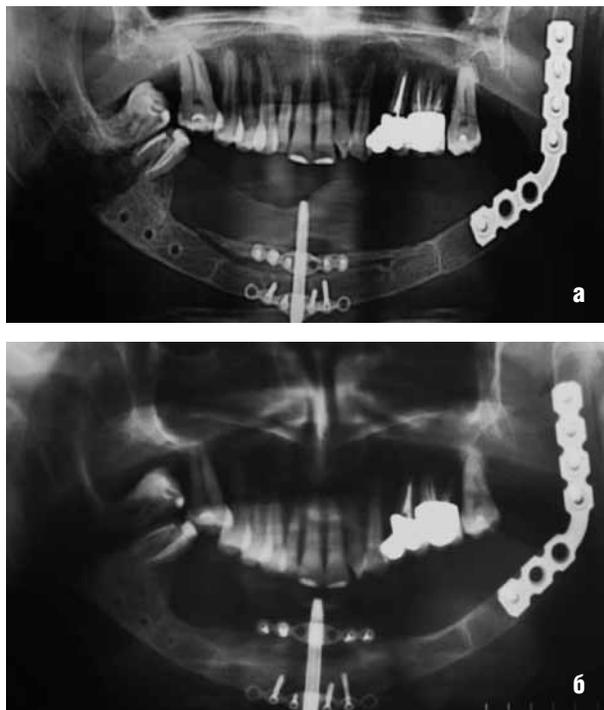


Рис. 5. Данные больной после операции. А – ортопантограмма на 7-е сутки после операции (начало активации distractionного аппарата), Б – ортопантограмма на 23 сутки после операции и 16 сутки после начала активации (окончание фазы distraction). Величина distraction – 16 мм

Figure 5. Patient X after surgery A – orthopantomography, day 7 after surgery (beginning of distraction device activation), Б – orthopantomography, day 23 after surgery and 16th day after activation beginning (end of distraction phase). Distraction size – 16 mm

лась «ящикообразная» остеотомия намеченного фрагмента. После этого distractionный аппарат вновь фиксировался на ранее размеченное место. Остеотомия проводилась при обильном охлаждении пилой или пьезохирургическом наконечником. Окончательная мобилизация фрагмента осуществлялась с помощью костных долот. Производилась контрольная активация, для визуализации вектора distraction, при необходимости, проводилась оптимизация параметров ширины и длины остеотомированного фрагмента. Наиболее важным условием являлось беспрепятственное вертикальное смещение distractionируемого фрагмента. После контрольной активации транспортная пластина distractionного аппарата с остеотомированным фрагментом максимально сближалась с донорским участком по линии разреза. Операционная рана зашивалась с учетом необходимости высвобождения активационного винта.

На 1-е сутки после операции проводилась рентгенологическая диагностика для визуализации и контроля. Пациенту назначали антибактериальную и противовоспалительную терапию по стандартной схеме (антибиотики, антигистаминные, нестероидные противовоспалительные препараты). Через 7 суток после операции производили осмотр пациента и первую активацию distractionного аппарата. Далее distraction активировался дробно, с шагом distraction 1 мм в сутки.

На 3-и сутки активации distraction проводился рентгенологический контроль вектора distraction. После завершения фаз distraction наступал ретенционный период, длящийся от 4 до 6 месяцев, проводились рентгенологический контроль и плани-

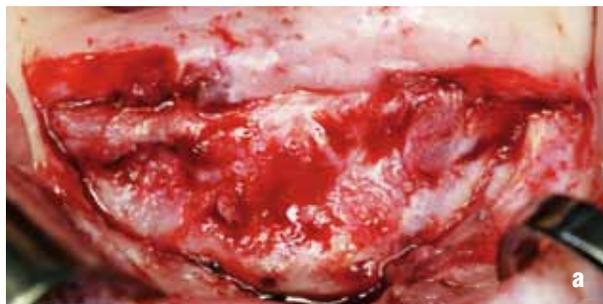


Рис. 6. Снятие distractionного аппарата с установкой ДИ. А – вид в полости рта во время операции. Визуализируется полученный в результате distraction регенерат, Б – вид в полости рта с установленными формирователями слизистой оболочки через 2 недели после операции снятия distractionного аппарата и одномоментной установки 4 ДИ в зону проведенной distraction

Figure 6. Distraction apparatus removal with dental implantation

A – oral cavity view during operation. Regeneration tissue after distraction is visualized, Б – oral cavity view with mucose formation units 2 weeks after distraction device removal and immediate implantation of 4 dental implants into distraction zone

ровалось снятие distractionного аппарата с одномоментной установкой ДИ в зону полученного регенерата.

Под адекватной премедикацией и местным обезболиванием проводились удаление distractionного аппарата и установка ДИ. После остеоинтеграции ДИ вновь проводился рентгенологический контроль, и изготавливалась ортопедическая конструкция с опорой на них.

Результаты (клинический случай)

Пациентке X. 1955 г. рождения была проведена операция: «резекция нижней челюсти по поводу рака слизистой оболоч-



Рис. 7. Имплантаты, остеоинтегрированные в регенерате (ортопантограмма на 4-й месяц после операции)

Figure 7. Implants osteointegrated in regenerate tissue (orthopantomography, 4th month after surgery)



Рис. 8. Вид полости рта с готовой ортопедической конструкцией с опорой на имплантаты. Окончательный результат. А — балочная конструкция фиксированная на имплантатах, Б — протез с опорой на балочную конструкцию

Figure 8. Oral cavity view with orthopedic construction based on implants. Final appearance. A — girder construction fixed on implants; B — implant based on girder construction

ки альвеолярной части с одномоментной пластикой дефекта васкуляризованным АТП из МБК».

Был выполнен курс лучевой терапии (120 Гр). Через 2,5 года после проведенной операции и динамического наблюдения пациентка была направлена в нашу клинику для проведения реконструктивной операции, восстановления эстетических и функциональных параметров. При осмотре полости рта отмечали частичную адентию нижней челюсти, значительный дефицит КТ на всем протяжении АТП по вертикали. Установлен диагноз: «Частичная адентия нижней челюсти, осложненная выраженным дефицитом костной ткани. Состояние после онкологической операции и курса лучевой терапии» (рис. 3А).

После проведения клинического и рентгенологического исследования (рис. 3Б,В) принято решение о применении метода ДОГ с целью подготовки альвеолярной части к установке четырех ДИ в зону полученного регенерата и изготовление ортопедической конструкции с опорой на ДИ.

Дистракционный аппарат устанавливали по стандартной методике с использованием фиксируемых пластин и винтов (рис. 4А, Б). По завершении операции и контрольной активации дистракционного аппарата для проверки функционирования и сопоставления линий остеотомии рана ушивалась. Осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было. На 7-е сутки после операции начата активация дистракционного аппарата. Активация проводилась дробно, с шагом дистракции 1 мм в сутки на протяжении 16 дней.

В результате была достигнута величина дистракции, равная 16 мм. Процесс дистракции контролировался при помощи рентгенологического исследования, после окончания фазы дистракции наступила фаза ретенции, которая длилась 4 месяца (рис. 5А, Б).

По истечении фазы ретенции (4 месяца) дистракционный аппарат снимался, и производилась одновременная установка четырех ДИ (рис. 6).

Через 4 месяца после остеоинтеграции имплантатов пациентка с установленными формирователями слизистой оболочки направлена в ортопедическое отделение, где были изготовлены ортопедическая балочная конструкция с опорой на ДИ и полный протез нижней челюсти (рис. 7, 8А, Б).

Выводы и заключение

Среди различных методик костной пластики ДОГ имеет отличительные положительные особенности, главными из которых являются: значительное растяжение и прирост мягких тканей во время проведения костной дистракции и устранение необходимости забора КТ из донорских участков.

При значительных дефектах КТ альвеолярной части верхней и нижней челюстей у пациентов после онкологических операций использование возможностей ДОГ на восстановленных челюстях с использованием АТП на микрососудистом анастомозе в составе комплекса лечебных мероприятий может обеспечить решение многих проблем, связанных с длительностью и неэффективностью лечения.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Агапов В.С., Дробышев А.Ю., Киселев А.А., Матицин О.М. Лечение больных с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстей. Сборник статей Региональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии». Рязань, 2003. С. 45-6. // Agapov V.S., Drobyshev A.Yu., Kiselev A.A., Matytcin O.M. Treatment of patients with inherent and acquired jaw defects and deformations. Materials of regional scientific conference "Actual problems of stomatology". Ryazan, 2003, p. 45-46.
2. Дробышев А.Ю., Киселев А.А. Применение метода дистракционного остеогенеза у больных с дефектами и деформациями нижней челюсти. Материалы VIII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. Санкт-Петербург, 2003. С. 61. // Drobyshev A.Yu., Kiselev A.A. Distraction osteogenesis for patients with defects and deformations of mandible. Materials of VIII international conference of maxilla-facial surgeons and dentists. St. Petersburg, 2003, p. 61.
3. Дробышев А.Ю., Агапов В.С., Киселев А.А. Применение костной пластики и дистракционного метода для увеличения параметров альвеолярного отростка нижней челюсти. Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии», посвященная 120-летию со дня рождения А.И. Евдокимова. Москва, 2003. С. 43-44. // Agapov V.S., Drobyshev A.Yu., Kiselev A.A. Bone plastics and distraction method application for mandible alveolar process enlargement. Materials of Russian scientific conference "Actual questions of dentistry", Moscow, 2003.
4. Дробышев А.Ю., Киселев А.А. Применение метода дистракционного остеогенеза в комплексном лечении пациентов с полной вторичной адентией нижней челюсти. Сборник научных работ. Зубной протез и здоровье. Москва, 2004. С. 61-64. // Drobyshev A.Yu., Kiselev A.A. Distraction osteogenesis in complex treatment of patients with complete secondary mandible edentia. Materials of the conference "Dental implant and health", Moscow, 2004, p. 61-64.

5. Илизаров Г. А. Наш опыт остеосинтеза аппаратом автора. Материалы I-го съезда травматологов-ортопедов СССР. Москва, 1963. С. 166–68. // Ilizarov G.A. Our experience of apparatus osteosynthesis. Materials of 1st congress of traumatologists and orthopedists, USSR, Moscow, 1963, p. 166–68.
6. Кулаков А.А., Федоровская Л. Н., Амхадова М.А. Клинические аспекты увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка при его атрофии на этапах зубной имплантации. Маэстро стоматологии. 2001;5:70–74. // Kulakov A.A., Fedorovskaya L.N., Amkhadova M.A. Clinical aspects of alveolar process bone enlargement in case of its atrophy during dental implantation. Maestro of dentistry. 2001;5:70–74.
7. Дробышев А.Ю., Киселев А.А., Меликов Э.А., Снигирев С.А. Применение компрессионно-дистракционного метода у пациентов при сложных дефектах верхней и нижней челюстей с целью подготовки к дентальной имплантации. Стоматология. 2013;92(3):48–51. // Drobyshev A.Yu., Kiselev A.A., Melikov E.A., Snegiryov S.A. Compression-distraction method in patients with complicated maxilla and mandible defects before dental implantation. Dentistry. 2013;92(3):48–51.
8. Решетов И.В., Чиссов В.И. Монография-атлас «Пластическая и реконструктивная микрохирургия в онкологии». М., 2001. // Reshetov I.V., Chissov V.I. Monograph-atlas "Plastic and reconstructive microsurgery in oncology". M., 2001.
9. Samchukov M.L., Cherkasin A.M., Cope J.B. Distraction osteogenesis: Origins and evolution. In: McNamara Jr J.A., ed. Distraction Osteogenesis and Tissue Engineering. Ann Arbor, Michigan: Center for Human Growth and Development, The University of Michigan; 1998:1–35.
10. Drobyshev A, Melikov E. Applying method of distraction osteogenesis, as a stage of rehabilitation of patients after cancer surgery. Abstract book of IFOS. Seoul, 2013.
11. Melikov E., Drobyshev A. Distraction osteogenesis, as stage of rehabilitation of patients with complete and partial edentulous. Abstract book of ICOMS 2013 Barcelona 21st international conference on oral and maxillofacial surgery. Barcelona, 2013.
12. Hariri F. Alveolar Distraction Osteogenesis for Dental Implant Rehabilitation in Reconstructed Jaws: A dissertation submitted for the degree of Master of Dental Surgery. The University of Hong Kong Oral & Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry. Hong Kong, 2010. 131 p.
13. Chiapasco M., Romeo E., Casentini P., Rimondini L. Alveolar distraction osteogenesis vs Vertical guided bone regeneration for the correction of vertically deficient edentulous ridges: A 1-3 year prospective study on humans. Clin. Oral. Impl. Res. 2004;15:82–95.
14. Bahr W., Stoll P., Wachter R. Use of the "Double Barrel" Free Vascularized Fibula in Mandibular Reconstruction. J. Oral Maxillofac. Surg. 1998;56:38–44.
15. Chiapasco M., Brusati R., Galioto S. Distraction osteogenesis of a fibular revascularized flap for improvement of oral implant positioning in a tumor patient: a case report. J. Oral Maxillofac. Surg. 2000;58:1434–1440.
16. Kreusch T., Kerscher A., Behrens E. Maxillary and mandibular reconstruction with bone sandwich plasty and implants. 8th International Congress on Reconstructive Preprosthetics Surgery. 1999. Abstract 11.
17. Hidalgo D.A., Recow A. A review of 60 consecutive fibula free flap mandible reconstruction. Plastic. Reconstr. Surg. 1989;96:585-96.
18. Kunkel M., Wahlmann U., Reichert T.E., Wegener J., Wagner W. Reconstruction of mandibular defects following tumor ablation by vertical distraction osteogenesis using intraosseous distraction devices. Clin. Oral Implants Res. 2005;16:89–97.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКТОПИИ ТИМУСА ШЕЙНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У РЕБЕНКА 5 МЕСЯЦЕВ

CERVICAL THYMUS ECTOPIA IN A CHILD OF 5 MONTHS OLD: A CLINICAL CASE

Н.С. Грачев, Г.А. Новичкова, И.Н. Ворожцов, М.П. Калинина, А.Н. Наседки

Отдел хирургии детей и подростков ФГБУ ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, Москва
Контакты: Грачев Николай Сергеевич – e-mail: dr.vorozhtsov@gmail.com

N.S. Grachyov, G.A. Novikova, I.N. Vorozhtzov, M.P. Kalinina, A.N. Nasedki

*FSBI D.Rogachyov Federal scientific clinical center of children hematology, oncology and immunology, Moscow
Contacts: Grachev Nikolai Sergeevich – e-mail: dr.vorozhtsov@gmail.com*

Описания эктопии тимуса шейной локализации редко встречаются в современной отечественной и зарубежной медицинской литературе, однако данную патологию необходимо включать в дифференциальный диагноз мягкотканых образований шеи, особенно у детей. Авторы представляют случай ребенка в возрасте 5 месяцев с локализацией тимуса на шее слева.

Пациенту полностью удалено мягкотканое образование на шее слева. При последующем гистологическом исследовании подтверждено наличие ткани тимуса. Эмбриональное развитие, клинические проявления и лечение эктопированной ткани вилочковой железы обсуждаются на основе обзора литературы. Подчеркивается, что точная оценка наличия физиологически расположенной ткани тимуса должна быть осуществлена до хирургического удаления мягкотканого образования на шее для предотвращения тотальной тимэктомии.

Прогноз после удаления эктопированной ткани тимуса благоприятный, случаев рецидива по данным литературы не встречалось

Ключевые слова: эктопия тимуса, мягкотканые образования шеи, дети.

ABSTRACT

Clinical cases of cervical thymus ectopia are rarely described in the modern medical literature; however this pathology must be included into the differentiation diagnosis of soft tissue masses of the neck, especially in children. The patient underwent the complete removal of the soft tissue mass in the left part of the neck. The following morphological examination of the specimen showed thymus tissues. Embryogenesis, clinical manifestation and treatment of patients with ectopic thymus tissues are discussed in the article on the base of the literature reviews. It was also stated that the occurrence of ectopic but normal thymus should be confirmed prior to its surgical removal in order to prevent total thymectomy.

The prognosis after ectopic thymus removal is rather favorable with no relapses detected according to the literature.

Key words: thymus ectopia, soft tissue masses of the neck, children.

Тимус (вилочковая железа) является важнейшим органом внутренней секреции и иммунитета. Орган развивается на 6-й неделе внутриутробного развития в виде парного выпячивания III и IV пары жаберных карманов; зачатки из IV пары остаются небольшими и могут редуцироваться. Эпителиальные зачатки растут в каудальном направлении, их дистальная часть утолщается, образуя тело железы. Проксимальная часть выпячивается в щитовидно-глоточный проток, который в дальнейшем исчезает, и железа тем самым обособляется от жаберного кармана. Дистальные части закладок сближаются, но настоящего слияния их не происходит, и на 8-й неделе внутриутробного развития они опускаются за грудину.

В подавляющем большинстве случаев тимус состоит из двух ассимметричных долей, уплощенных в переднезаднем направлении, окруженных капсулой и связанных между собой рыхлой соединительной тканью [3]. Шейная локализация тимуса – редкость среди мягкотканых образований шеи. Она может иметь место на любом уровне пути развития нормальной железы, от угла нижней челюсти до верхнего средостения, и редко учитывается при дифференциальной диагностике объемных обра-

зований шеи. Шейную локализацию аберрантной вилочковой железы редко удается диагностировать до операции [12, 15–18]. По оценкам, 80–90 % этих случаев протекают бессимптомно, только 6 % имеют симптомы, такие как стридор, одышка и/или дисфагия вследствие сдавления трахеи и/или пищевода [13, 19]. Затруднение дыхания и кормления вызваны сжатием парафарингиальных пространств или блуждающего нерва.

Нормальное анатомическое расположение ткани тимуса в средостении должно быть подтверждено до хирургической резекции эктопированной части на шее, предотвращая таким образом случайную тотальную тимэктомию с возможным негативным воздействием на развивающуюся иммунную систему [6].

Клинический случай

Ребенок С., 5 месяцев, госпитализирован в отделение хирургии детей и подростков ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева для дообследования и лечения по поводу объемного образования мягких тканей шеи слева с направительным диагнозом: Объемное

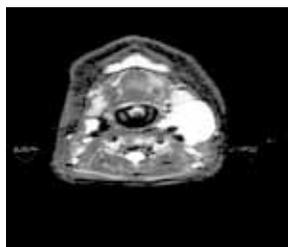


Рис. 1. Ультразвуковая картина образования в области шеи

Figure 1. Ultrasound of masses of the neck



Рис. 2. МРТ образования в области шеи

Figure 2. MRI of the masses in the neck

образование нижней челюсти с переходом на шейный отдел слева. В течение нескольких месяцев до госпитализации у ребенка отмечено наличие мягкотканого образования под нижней челюстью слева, которое постепенно увеличивалось в объеме, сопровождалось шумным дыханием в положении лежа на спине. При осмотре в левой поднижнечелюстной области и шее определялось образование размерами $3 \times 2 \times 2$ см, мягко-эластической консистенции, безболезненное; кожные покровы над образованием не изменены, с окружающими тканями не спаяно. На основании анамнеза и физикального осмотра было заподозрено наличие лимфангиомы левой подчелюстной области и шеи. Для уточнения причины шумного дыхания и с целью исключить патологию верхних дыхательных путей была проведена фиброларингоскопия. Во время исследования: подвижность гортани не нарушена, воспалительных явлений не выявлено. С целью уточнения объема, распространения и расположения образования относительно сосудисто-нервного пучка проведены магнитно-резонансная томография (МРТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) шеи. По их данным, в левой подчелюстной области и шее определяется мягкотканое образование, умеренно накапливающее контраст, отличающееся от слюнной железы более слабым накоплением контраста; кровоток в образовании умеренный; образование расположено вдоль переднего края кивательной мышцы, уходя вглубь между общей сонной артерией в районе бифуркации и внутренней яремной веной, плотно прилегая к ним; частично образование также распространялось в окологлоточное пространство (рис. 1 и 2). При дообследовании: онкомаркеры в пределах возрастной нормы, скинтиграфия с MIBG – патологического накопления радиофармпрепарата не отмечено. При компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза патологии не выявлено. С целью верификации диагноза принято решение о хирургическом вмешательстве в объеме расширенной биопсии.

При макроскопической оценке интраоперационно: мягкотканое образование бледно-розового цвета, несколько разделенное на доли, имеющее собственную капсулу. Образование плотно прилежит к сонной артерии в области ее бифуркации и яремной вене. Во время операции образование выделено тупым путем и удалено полностью, без нарушения целостности капсулы. С целью профилактики повреждения магистральных сосудов интраоперационно проводился УЗИ-контроль. Послеоперационный период протекал без особенностей. При плановом гистологическом исследовании – ткань тимуса.

Обсуждение

Шейная локализация aberrантной вилочковой железы может возникнуть как следствие задержки в низведении ткани тимуса на 8–9-й неделе эмбрионального развития, секвестрации его

ткани во время низведения или невозможности ее инволюции [7–10]. В современной литературе представлены две теории развития эктопии тимуса [5]: сохранение тимофарингеальных протоков (врожденная патология) и дегенерация телец Гассала в пределах эктопированной части тимуса (приобретенная патология) [12].

Эктопированная ткань тимуса, как правило, представляет собой мягкое, однолобовое или, более часто, многокамерное образование от 1 до 15 см в ширину. Расположение в 60–70 % случаев на левой стороне, в 20–30 % – с правой стороны и в 5–7 % – по средней линии или около глотки [13, 14]. Ткань тимуса может располагаться в любом месте вдоль траектории посадки зачатков тимуса от угла нижней челюсти до средостения. Обычно они расположены спереди и глубоко, в средней трети кивательной мышцы, прилегая сзади к сосудисто-мускульному пучку, и часто распространяются в заглоточное пространство [8, 15]. Около 50 % всех aberrантных локализаций тимуса может быть непрерывно соединено с загрудинно расположенной тканью тимуса, являясь прямым продолжением последнего, или присоединено к рудиментарному остатку, или бывает цельным образованием [9].

Диагностическое обследование объемных образований на шее должно включать в себя тщательный сбор анамнеза, осмотр, МРТ и УЗИ шеи, КТ грудной клетки.

При эктопии ткани тимуса КТ обычно показывает однородную ткань, тесно спаянную с оболочкой сонной артерии. Полезным дополнительным признаком является отсутствие тканевого воздействия на дыхательные пути или сосуды, когда ткань присутствует в младенчестве. МРТ является хорошим дополнением к обследованию при диагностике эктопии ткани тимуса [4, 6].

Дифференциальный диагностический шейной локализации ткани тимуса у детей должен проводиться с кистой щитовидно-язычного протока, боковой кистой шеи, шейной лимфаденопатией, доброкачественными новообразованиями (дермоидные, эпидермоидные, гемангиомы и лимфангиомы) и злокачественными опухолями (лимфопролиферативные, саркомы мягких тканей, метастатические поражения) [1, 10, 18].

Ткань тимуса может плотно прилегать к окружающим структурам, таким как сонная артерия, яремная вена, блуждающий и подъязычный нервы. В большинстве случаев лечение заключается в удалении тимуса. Перед удалением эктопированной ткани тимуса должно быть подтверждено наличие медиастинально расположенной ткани вилочковой железы, в противном случае вмешательство может привести к тотальной тимэктомии, вследствие чего может произойти ослабление иммунной функции детского организма [2, 6, 11].

Заключение

Шейную локализацию aberrантной вилочковой железы необходимо учитывать при дифференциальной диагностике образований шеи, особенно у пациентов детского возраста. Такие аномалии редко бывают диагностированы до операции и могут быть расценены как другие мягкотканые образования шеи. После верификации диагноза должно следовать хирургическое лечение. Точная оценка наличия физиологически расположенной ткани тимуса должна быть осуществлена до хирургического удаления мягкотканого образования на шее для предотвращения тотальной тимэктомии. Прогноз после удаления эктопированной ткани тимуса благоприятный, случаев рецидива по данным литературы не встречалось [10, 16, 18].

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Окулов А.Б. и др. Эктопия вилочковой железы. Детская хирургия. 2002;3:54–55 // Okulov A.B. et al. Thymus ectopia. Children surgery. 2002;3:54–55.
2. Воропаева Я.В., Кузьменко Л.Г. Распространенность болезней вилочковой железы у детей в Российской Федерации. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2012;2:99–103 // Voropaeva Ya.V., Kuzmenko L.G. Thymus diseases morbidity among children in Russian Federation. Rus. Vestn. perinatology&pediatrics. 2012;2:99–103.
3. Щербина И.В., Степанова Е.А., Банина В.Б., Бородулина Л.Г., Полянская З.И. Шейная локализация aberrантной вилочковой железы. Детская хирургия. 2009;1:52 // Scherbina I.V., Stepanova E.A., Banina V.B., Borodulina L.G., Polyanskaya Z.I. Cervical location of aberrant thymus. Children surgery 2009;1:52.
4. Stark D.D., Clark O.H., Moss A.A. Magnetic resonance imaging of the thyroid, thymus, and parathyroid glands. Surgery. 1984;96(6):1083–91.
5. Rypens F., Avni F., Muller F., Baran D., Struyven J. Cervical ectopic thymus. J. Radiol. 1989;70(12):721–23.
6. Loney D.A., Bauman N.M. Ectopic cervical thymic masses in infants. A case report and review of the literature. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 1998;43(1):77–84.
7. Mikal S. Cervical thymic cyst. Case report and review of the literature. Arch. Surg. 1974;109(4):558–62.
8. Tovi F., Mares A.J. The aberrant cervical thymus. Embryology, Pathology, and clinical implications. Am. J. Surg. 1978;136(5):631–37.
9. Barat M., Sciubba J.J., Abramson A.L. Cervical thymic cyst: case report and review of literature. Laryngoscope. 1985;95(1):89–91.
10. Kacker A., April M., Markentel C.B., Breuer F. Ectopic thymus presenting as a solid submandibular neck mass in an infant: casereport and review of literature. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 1999;49(3):241–45.
11. Speer F.D. Thymic cyst. Bull. NY Med. Coll. 1938;1:142–50.
12. Nguyen Q., de Tar M., Wells W., Crockett D. Cervical thymic cyst: case reports and review of the literature. Laryngoscope. 1996;106(3 Pt 1):247–52.
13. Guba A.M. Jr, Adam A.E., Jaques D.A., Chambers R.G. Cervical presentation of thymic cysts. Am. J. Surg. 1978;136(4):430–36.
14. Reiner M., Beck A.R., Rybak B. Cervical thymic cysts in children. Am. J. Surg. 1980;139:704–07.
15. Millman B., Pransky S., Castillo J. 3rd, Zipfel T.E., Wood W.E. Cervical thymic anomalies. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 1999;25;47(1):29–39.
16. Loney D.A., Bauman N.M. Ectopic cervical thymic masses in infants: a case report and review of the literature. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 1998;43(1):77–84.
17. Shenoy P.K., David V.C. Cervical thymic cyst – a case record. J. Laryngol. Otol. 1993;107(10):950–52.
18. Baek C.H., Ryu J.S., Yun JB, Chu K.C. Aberrant cervical thymus: a case report and review of literature. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 1997;41(2):215–22.
19. Wagner C.W., Vinocur C.D., Weintraub W.H., Golladay E.S. Respiratory complications in cervical thymic cysts. J. Pediatr. Surg. 1988;23(7):657–60.

ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ОТОХИРУРГИИ С КУРСОМ ДИСЕКЦИИ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

25 июня 2014 г. в конференц-зале УКБ №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова состоялось торжественное открытие практического семинара по актуальным вопросам отоларингологии с курсом диссекции височной кости, организованного клиникой болезней уха, горла и носа университета, Федеральным научно-клиническим центром оториноларингологии МЗ РФ, клиникой оториноларингологии университета Карла Густава Каруса (Дрезден, Германия).

С приветственным словом к участникам семинара обратились: проректор по лечебной работе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проф. В.В. Фомин, директор клиники болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проф. В.М. Свистушкин, директор ФНКЦ оториноларингологии ФМБА России проф. Н.А. Дайхес, директор клиники оториноларингологии университета Карла Густава Каруса проф. Т. Цанерт (Германия, Дрезден).

В докладах немецких гостей (проф. Т. Цанерт, старший доктор Н. Лазурашвили), а также сотрудников клиники болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и ФНКЦ оториноларингологии ФМБА РФ (проф. В.М. Свистушкин, проф. Г.Н. Никифорова, проф. О.В. Корнеева, проф. Л.А. Кулакова) были озвучены наиболее важные и актуальные вопросы диагностики, консервативного и хирургического лечения различных заболеваний наружного и среднего уха.

Особый интерес участников конференции вызвала демонстрация тимпаноластики на экспериментальной

модели височной кости, показавшая результаты многолетних научных исследований, выполненных в лаборатории биомеханики среднего уха университета имени Карла Густава Каруса (г. Дрезден, Германия). Во время демонстрации были наглядно показаны варианты тимпаноластики и современные возможности микрохирургии среднего уха.

В течение трех дней участники семинара имели возможность отработать основные хирургические приемы на височных костях, выполненных в анатомическом зале, что имело огромное практическое значение для отоларингологов и вызвало интерес у всех присутствующих. Кроме того, практическая часть семинара включала в себя отработку техники подготовки трансплантатов и протезов слуховых косточек, используемых при проведении восстанавливающих слух операций.

Наши немецкие коллеги проф. Т. Цанерт, д-р Н. Лазурашвили провели ряд показательных операций на среднем ухе. В режиме онлайн данные операции транслировались в большом конференц-зале УКБ №1, где все желающие имели возможность не только увидеть в деталях все этапы операции, но и получить исчерпывающие ответы на все интересующие вопросы.

Семинар прошел в теплой, дружеской атмосфере. Было высказано общее мнение, что подобные обучающие программы имеют большое практическое значение и требуют обязательного дальнейшего развития и продолжения.



НЕДЕЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ 2014

Европейское общество специалистов по голове и шее – European Head and Neck Society (EHNS) во второй раз организует неделю ранней диагностики рака головы и шеи [European Head & Neck Cancer Awareness Week] 22–26 сентября 2014 года. Организаторами кампании стали известные специалисты (см. таблицу).

Общероссийская Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи, являясь партнером EHNS, выступает инициатором этого проекта в РФ.

С целью повышения осведомленности населения разработана единая брошюра, в которой в понятной форме перечислены основные симптомы, характерные при раковых заболеваниях головы и шеи – постоянная или нарастающая осиплость, ощущение инородного тела в полости рта, боль и/или трудности при глотании, болезненность языка, незаживающие язвы в полости рта, заложенность носа с одной стороны и/или кровянистые выделения из носа. Планируется информационная поддержка акции: организация “горячей линии”, освещение в СМИ, распространение печатных материалов.

Ключевым компонентом акции является обследование населения мультидисциплинарной командой специалистов в составе отоларинголога, стоматолога и онколога, которое позволяет выявить всех нуждающихся в обследовании и дальнейшем лечении.

В кампании этого года также принимают участие региональные общественные организации – Общество специалистов по опухолям головы и шеи, Партнерство специалистов по опухолям головы и шеи.

Приглашаем Вас принять участие во 2-й Европейской неделе ранней диагностики рака головы и шеи. Вы можете самостоятельно организовать прием у себя на рабочем месте, объединившись с коллегами. Координатор по проведению кампании в России – Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи: www.headneckfdr.ru.



**Таблица. Ведущие специалисты, участвующие в организации
Международной недели ранней диагностики рака головы и шеи**

Guy Andry	Belgium	Institut Jules Bordet Belgian Association for Cancer Research
Jean-Louis Lefebvre	France	EHNS Centre Oscar Lambret
Olivier Malard	France	Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Service d'ORL et de la chirurgie cervico-faciale
Beatrix Barry	France	AP-HP Groupe hospitalier Bichat – Claude Bernard
Andreas Dietz	Germany	University of Leipzig
Renzo Corvo	Italy	Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
Fausto Chiesa	Italy	Coordinatore Comitato Scientifico ECM, IEO Education presso IEO Istituto Europeo di Oncologia
Lisa Licitra	Italy	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano
Wojciech Golusiński	Poland	Wielkopolska (Great Poland) Cancer Center
Maciej Trojanowski	Poland	Cancer Epidemiology Lab Manager at Greater Poland Cancer Centre
Igor Reshetov	Russia	EHNS P.A.Hertzen Cancer Research Institute
Antti Mäkitie	Finland	Head of Section Section of Head & Neck Surgery Dept. of Otorhinolaryngology - Head & Neck Surgery Helsinki University Hospital and University of Helsinki
Jordi Giral	Spain	Vall d'Hebron University Hospital
René Leemans	The Netherlands	EHNS VU University Medical Center Amsterdam
Simone Eerenstein	The Netherlands	EHNS VU University Medical Center Amsterdam
Sefik Hosal	Turkey	Hacettepe University
Sat Parmar	UK	Priory (BMI) Hospital
Fiona Alexander	UK	Queen Elizabeth Hospital
Kate Reid	UK	University Hospital Birmingham
Paul Pracy	UK	The Queen Elizabeth Hospital

ПРОФЕССОР АНАТОЛИЙ ФИЛИППОВИЧ РОМАНЧИШЕН

(К 65-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)



6 сентября 2014 г. исполняется 65 лет заведующему кафедрой госпитальной хирургии с курсами травматологии и военно-полевой хирургии, профессору кафедры онкологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ), руководителю Санкт-Петербургского центра хирургии и онкологии эндокринной системы, видному отечественному хирургу, педагогу и общественному деятелю профессору Анатолию Филипповичу Романчишену.

Анатолий Филиппович родился в Винницкой области в семье служащего. После окончания с отличием Винницкого медицинского училища в 1968 г. поступил в Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ). С 1974 г. вся трудовая деятельность профессора А.Ф. Романчишена связана с кафедрой госпитальной хирургии ЛПМИ, Мариинской больницей и Клинической больницей № 122. С 1974 по 1978 гг. Анатолий Филиппович работал в должности старшего лаборанта. В 1978 г. был избран ассистентом кафедры госпитальной хирургии ЛПМИ. Под руководством профессора Л.Н. Камардина в 1979 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Реотиреогафия в дифференциальной диагностике заболеваний щитовидной железы».

В 1988 г. А.Ф. Романчишен был избран доцентом той же кафедры, где подготовил и защитил докторскую диссертацию «Диагностика и обоснование хирургической тактики лечения новообразований щитовидной железы» (1990). В 1991 г. получил звание профессора.

С 1991 г. по настоящее время профессор А.Ф. Романчишен возглавляет кафедру госпитальной хирургии с курсами травматологии и военно-полевой хирургии СПбГПМУ. Под руководством А.Ф. Романчишена коллектив интенсивно разрабатывает вопросы хирургии и онкологии органов эндокринной системы. Усилиями Анатолия Филипповича в 1996 г. был

организован Центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы Санкт-Петербурга. Ежегодно сотрудники центра под руководством профессора А.Ф. Романчишена оперируют около тысячи пациентов с заболеваниями щитовидной, околощитовидной, вилочковой, поджелудочной желез, надпочечников.

А.Ф. Романчишен внес значительный вклад в развитие отечественной эндокринной хирургии и онкологии, он – автор более 350 научных работ, 5 учебников, 5 монографий, 7 методических рекомендаций по вопросам диагностики и разработки адекватного подхода к хирургическому лечению больных раком щитовидной железы, гиперпаратиреозом, опухолями надпочечников.

Под руководством профессора А.Ф. Романчишена подготовлены и защищены 5 докторских и 15 кандидатских диссертаций. Научные интересы Анатолия Филипповича включают проблемы хирургии и онкологии органов эндокринной системы, гастроэнтерологии, торакальной хирургии, эндовилеохирургии, эстетической хирургии, травматологии и ортопедии.

Научная деятельность отмечена многочисленными почетными званиями. А.Ф. Романчишен – заслуженный врач Российской Федерации, член интернациональной, американской, европейской, азиатской и итальянской ассоциаций эндокринных хирургов Интернациональной, Евро-Азиатской и Российской ассоциаций онкологов по изучению опухолей головы и шеи, Сербской ассоциации онкологов, Петровской, Сербской, Американской академий наук, награжден значком «Отличнику здравоохранения».

Велика и разнообразна общественная деятельность А.Ф. Романчишена. Он является членом диссертационного совета Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по хирургическим специальностям, Совета экспертов Высшей аттестационной комиссии Российской Федерации, ученого совета СПбГПМУ, членом правления Всероссийской ассоциации эндокринологов. Избран почетным членом правления Хирургического общества Пирогова. А.Ф. Романчишен является членом редакционной коллегии журнала «Вестник хирургии им. И.И. Грекова», «Международный эндокринологический журнал», «Онкохирургия», «Эндокринная хирургия», «International Journal of Head and Neck Surgery».

Свое 65-летие А.Ф. Романчишен встречает в расцвете сил, полный новых творческих планов и замыслов. Коллектив кафедры, многочисленные коллеги и ученики, друзья, благодарные пациенты поздравляют Анатолия Филипповича с юбилеем и желают ему крепкого здоровья и дальнейших успехов в его плодотворной деятельности.

*Коллектив кафедры госпитальной хирургии
Санкт-Петербургского государственного педиатрического
медицинского университета.*

HEAD & NECK

RUSSIAN JOURNAL

ГОЛОВА И ШЕЯ

ЖУРНАЛ ФЕДЕРАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме «Бионика Медиа»! Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

Подписка на 2015 год:

Первое полугодие

554 руб. 40 коп.

Годовая подписка

1012 руб. 00 коп.

Для оформления подписки обратитесь по телефону

8 (495) 332-02-63

Или по e-mail **subscription@bionika-media.ru**

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, а также подготовят необходимые документы.

И в альтернативных подписных агентствах:

ООО «Урал Пресс»

<http://www.ural-press.ru>

ООО «Информнаука»

<http://informnauka.com>

ООО «СЗА ПРЕССИНФОРМ»

<http://pinform.spb.ru>

*Первая российская золедроновая кислота

РЕЗОРБА

В терапии костных метастазов солидных опухолей,
множественной миеломы и гиперкальциемии



Найти и обезвредить

- Снижает риск возникновения костных событий¹
- Быстро купирует болевой синдром²
- Оказывает прямое противоопухолевое действие³



4 мг 1 раз в 3-4 недели

1. «Многоцентровое открытое клиническое исследование эффективности и безопасности применения препарата Резорба для лечения костных осложнений при метастатическом раке предстательной железы». ФГУ НИИ Урологии Росмедтехнологий. Москва 2009 г.
2. И.Э. Кулиева, Н.С. Бесова «Опыт применения золедроновой кислоты (препарат Резорба) для лечения больных с костными метастазами». Журнал «Эффективная фармакотерапия» №4 2012 г.
3. Croucher P. The anti-tumore potential of zoledronic acid//Symposium at EBCC, Barselona, 2002 (По материалам симпозиума)/
Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Резорба, 2012

РФ-ДС-002724-191211
Реклама

ЗАО ФАРМ-СИНТЕЗ
115419 Москва, 2-ой Рощинский проезд, 8
Тел(495) 796-94-33, факс (495) 796-94-34
E-mail: info@pharm-sintez.ru
www.pharm-sintez.ru

