

На основе гистологического анализа тканей опухолей можно отметить следующие установленные общие закономерности их изменения, обусловленные магнитотерапией:

- во всех представленных материалах отмечаются дистрофические изменения в виде размытых контуров клеток, зернистости, вакуолизации ядер и цитоплазмы разной степени выраженности в ткани опухоли – (15 ÷ 90)%. В 70 % случаев наблюдаются дистрофические изменения с переходом в некроз. В состояние некроза переходит (15 ÷ 50)% от общего объема опухоли.

- в окружающих (здоровых) тканях во всех исследованиях дистрофические изменения (повреждения) в дольковых и протоковых структурах минимальны, не более (1 +3)%;

- воздействие на опухоли молочной железы оказалось выраженным более значительно, чем на опухоли соединительной ткани;

- при контрольном обследовании (опухоль, не подвергшаяся воздействию магнитного поля) выше перечисленных изменений не выявлено.

В настоящее время исследуются режимы совместного воздействия магнито- и химиотерапии по щадящей схеме использования химиопрепаратов.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Воробьев И.Н., Киришина О.В., Миндлина А.Г.,

Гинзбург Г.А., Шолохова Т.В.

г. Екатеринбург

Пальпируемые узлы в щитовидной железе встречаются у 6- 8 % взрослого населения, а по данным ультразвукового исследования частота узловых образований возрастает до 50% и более (Singer P., 1996; Cases J., 2000). Ряд авторов считают, что узловые образования размером до 1 см исследовать экономически нецелесообразно по причине их большой распространенности. До операции, по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии, рак щитовидной железы выявляется в среднем у 4% больных с узловыми образованиями (Mazzafferi E., 1993; Бубнов А.Н., 2002), а в группе оперированных больных с тиреоидной патологией количество больных с выявленным раком составляет в среднем 12-16%. По данным аутопсий частота рака щитовидной железы отмечается от 15 до 35% (Harach H. et al, 1985).

Заболееваемость раком щитовидной железы имеет тенденцию к росту, в том числе и на Урале. По данным Михайлова Ю.М. (г. Свердловск, 1980 г.) с 1963 по 1974 гг. количество больных раком в группе оперированных в связи с тиреоидной патологией возросло с 1,4 до 9,0%. По сведениям Привалова В.А. (г. Челябинск 1988 г.), доля больных с раком щитовидной железы среди оперированных в 1951-1965 гг. составила 5,7%, а в 1969-1986 гг. возросла до 12,9%. По данным Васькова В.М. (г. Екатеринбург 2003 г.), среди больных с узлом зобом, оперированных с 1998 по 2002 гг. процент выявленного рака щитовидной железы составил 16,8, из них у 45,5% размер опухоли был не более 1 см.

Осознавая актуальность проблемы раннего выявления рака щитовидной железы, в связи с его распространённостью в Свердловской области, с 2000 г. в Екатеринбургском консультативно-диагностическом центре сформирована специализированная служба по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы.

С 2000 по 2003 гг. выполнено 30930 ультразвуковых исследований щитовидной железы. Процент первичных исследований составляет 60-62% ежегодно, и 38-40% исследований проводятся пациентам повторно в плане динамического наблюдения на фоне лечения различной патологии щитовидной железы. Узлы в щитовидной железе при ультразвуковом исследовании выявлены у 9180 пациентов, что составляет 29,7% от всех осмотренных на УЗИ. У 5783 пациентов (63%) размер узлов не превышал 1 см. и пальпаторно они не определялись. Это связано с тем, что пациенты, с большими пальпируемыми узлами, проходят обследование в областном онкологическом центре и областном, и городском эндокринологических диспансерах.

При выявлении узла более 5 мм – проводится пункционная биопсия под контролем УЗИ в двух разных плоскостях сканирования. Биопсию без контроля УЗИ даже больших пальпируемых образований считаем нецелесообразной, так как они в большинстве случаев имеют очаги кистозной дегенерации и только контроль УЗИ позволяет взять клеточный материал. Кистозное содержимое – откачивается, при наличии пристеночного компонента, – проводится прицельная биопсия его до, и после эвакуации содержимого. Кистозные узлы с геморрагическим содержимым и пристеночным компонентом или имеющие размеры более 4 см. пунктируются несколько раз, так как вызывают наибольшие сомнения и подозрительны на злокачественность. Большие узловы образования пунктируются из нескольких мест. Множественные узловы образования – пунктируются все, при большом их коли-

честве выбираются для биопсии с учётом экзогенности, размеров, наличия кальцинатов, неправильной формы узла, неровности капсулы узла.

Результаты работы за последние 5 лет и анализ структуры выявленного рака по цитологическим заключениям пункционных биопсий под контролем УЗИ приведены в табл. 1.

В структуре узлового зоба коллоидные узлы, по результатам анализа цитологических заключений, составляют 41-50%, в среднем за 5 лет 45%. Коллоидно-кистозный зоб, по нашим данным, в среднем встречаются в 6,1%. Аутоиммунный тиреоидит, при пункционной биопсии, выявляется в 12-16%, в среднем за 5 лет в 13,7%.

При выявлении рака или подозрения на него пациенты направляются в Областной онкологический центр для пересмотра стекол пункционной биопсии и операции. Таким образом, за 5 лет направлено в областной онкологический центр 459 пациентов с раком щитовидной железы и подозрением на него. В 2004 г. направлено 170 пациентов. Чтобы доказать необходимость обследования узлов до 1 см. проведён сравнительный анализ выявленной онкологии в зависимости от размеров узлов. Результаты представлены в табл. 2.

Опухолевые клетки в узлах до 1см выявлены у 40,5%, причём в 47,8% выявлены на фоне других доброкачественных узлов. В 5 (3%) случаях выявлены при биопсии под контролем УЗИ сразу в 2 долях.

Таблица 1

Результаты работы 2000-2005 гг.

Год	2000 г	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004г.
УЗИ щитовидной железы	8862	9210	6818	6040	6240
По УЗИ узловой зоб	2465 (27,7%)	2648 (28,7%)	2011 (29,5%)	2056 (34%)	2184 (35%)
Пункционная биопсия под контр. УЗИ	972	1450	1340	1637	2244
Папиллярный рак	17	45	55	56	63
Фолликулярный рак	1	2	2	3	5
Папиллярно-фолликулярный рак	1	1	2	2	10
В-клеточная опухоль	1	1	2	3	27
Фолликулярная опухоль	4	6	8	8	50
Подозрение на рак	10	16	19	24	15
Всего рака и подозрение на онкологию	34 3,5%	71 4,8%	88 6,5%	96 5,9%	170 7,5%

Анализ выявленной онкологии за 2004 год

	Всего	В т.ч. на фоне узлов	До 1 см.	до 1см. в т.ч на фоне узлов
Папиллярный рак	63 (37%)	26 (41,2%)	29 (46%)	15 (51,7%)
Фолликулярный рак	5 (3%)	4 (80%)	0	0
Папиллярно- фолликулярный рак	10 (5,8%)	4 (40%)	6 (60%)	1 (16,6%)
В-клеточная опухоль	27 (15,9%)	13 (48%)	7 (26%)	6 (85%)
Фолликулярная опухоль	50 (29,4%)	24 (48%)	22 (42%)	10 (42%)
Подозрение на рак	15 (8,8%)	5 (33,3%)	5 (30%)	2 (40%)
Всего	170 (100%)	76 (44,7%)	69 (40,5%)	34 (47,8%)

Для оценки качества работы коллектива врачей МУ ЕКДЦ по выявлению рака щитовидной железы проведён сравнительный анализ по журналу пересмотра цитологических стёкол в областном онкологическом центре. Результаты анализа представлены в табл. 3.

Таблица 3

Статистика подтверждения рака щитовидной железы
в областном онкологическом центре

	Направлено с подозрением на З.Н.	Подтвер- жденные З.Н.	% от всех под- твержденных З.Н.	З.Н. до 1см. оперирован- ный
МУ ЕКДЦ	150	75 (50%)	41,8%	13 (46,4%)
Диагностика 2000	129	36 (28%)	20,1%	4 (14,2%)
ГКБ № 40	108	20 (19%)	11,1%	1 (3,5%)
ОКБ №1	83	29 (35%)	16,2%	3 (10,7%)
Обл. онкол. центр	58	19 (39%)	10,6%	7 (25%)
Всего	528	179	100%	28 (100%)

Выводы:

1. Частота выявления узлового зоба (29,7 %) при ультразвуковом исследовании щитовидной железы позволяет нам говорить не только о йодной эндемии на Урале, но и о узловой эпидемии, для выявления и лечения которой, необходимы комплексные правительственные программы подкреплённые материальной базой. Возможно, это ежегодное обязательное ультразвуковое исследование щитовидной железы работающих женщин.

2. Частота выявления рака в маленьких узлах до 1 см. практически не меньше чем в больших узлах, поэтому пациенты для биопсии под контролем УЗИ должны отбираться не по размерам узла, а с учё-

том данных клинического, гормонального, ультразвукового обследования и групп риска.

3. Показатель выявленного рака несколько выше средне Российского показателя. Возможно, это является следствием эндемического и экологического неблагополучия региона. Отчасти это обусловлено и комплексным подходом к проблеме и совместной работой разных специальностей (хирург-эндокринолог, онколог, эндокринолог, врачей ультразвуковой диагностики и патоморфологов-цитологов.

На основании своего опыта работы мы можем сказать, что проблема узлового зоба и рака щитовидной железы на современном этапе решается точной комплексной диагностикой, своевременным хирургическим и консервативным лечением.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ПРОФИЛАКТИКА ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Гостева С.Н., Жаринов Г.М., Некласова Н.Ю.,

Володина Л.А., Овсянников В.А.

г. Санкт-Петербург

Рак предстательной железы (РПЖ) в последние годы стал одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у мужчин. Лучевая терапия (ЛТ) у больных РПЖ в последние десятилетия стала одним из ведущих методов лечения.

При проведении ЛТ в зону интенсивного облучения неизбежно попадают здоровые органы и ткани. Это приводит к возникновению лучевых реакций и повреждений, которые могут приводить к редукции лечебного курса и, следовательно, к ухудшению результатов лечения. Поздние лучевые повреждения существенно снижают качество жизни больных.

При лучевой терапии больных РПЖ наиболее часто лучевые реакции и повреждения возникают со стороны мочевого пузыря, прямой кишки, кожи. В результате облучения снижается также число лейкоцитов и тромбоцитов крови, что также может стать причиной перерывов в лечении.

В 1996-98 гг. на отделении новых технологий лучевой терапии ЦНИРРИ были показаны возможности низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) для профилактики и лечения лучевых повреждений у больных раком шейки матки.