

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИКРОКАРЦИНОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

354 Окружной Военный Клинический Госпиталь. г. Екатеринбург,
Уральская Государственная Медицинская Академия

Вопросы тактики лечения микрокарциномы щитовидной железы (МКЩЖ) и выбора объема операции противоречивы: от органосохраняющих до экстирпации щитовидной железы.

Мы изучили отдаленные результаты лечения пациентов, которым выполнялось оперативное лечение по поводу МКЩЖ.

С 1999 по 2005 г. в отделении эндокринной хирургии ГКБ № 40 г. Екатеринбурга было выполнено 7742 операции по поводу заболеваний щитовидной железы, из них в 663 случаях выявлен рак щитовидной железы (РЩЖ). Общее количество МКЩЖ составило 258 случаев (38,91 % от РЩЖ). Из них 18 (6,98 %) мужчин и 240 (93,02%) √ женщин (М:Ж 1:13,4). Возраст больных с МКЩЖ колебался от 18 до 77 лет: до 45 лет √ 100 (38,9%), после 45 лет - 157 (61,1%), причем 58,8% приходился на возраст 45-65 лет.

В 354 ОВКГ с 1995 по 2005 оперировано 268 больных с заболеваниями ЩЖ, из них РЩЖ √ 18, а МКЩЖ - 7.

Изучив истории болезней, мы провели письменное анкетирование с осмотром

пациентов с МКЩЖ и получили следующие результаты (ответы получены от 89 пациентов (34,5%).

Гемитиреоидэктомия (ГТЭ) выполнена в 1999 г. - 7; 2000 г √ 5; 2001 г √ 6; 2002 г √ 7; 2003 г √ 4; 2004г √ 6 человек.

Субтотальная резекция щитовидной железы (СТРЩЖ) с удалением паратрахеальной клетчатки выполнена:

В 1999 г √ 9; 2000 г √ 4; 2001 г √ 9; 2002 г.- 11; 2003 г √ 7; 2004 г √ 9;

Экстирпация щитовидной железы (ЭЩЖ) выполнена в 1999 г √ 5 пациентам.

Из указанных пациентов гипотиреоз отмечают 8 (8,9%) человек, парез возвратного нерва 2 (2,2%), повторная операция выполнена 3 (3,37%) в Свердловском областном онкологическом центре как второй этап при нерадикальности первого.

Рецидивов опухоли не выявлено ни у одного из респондентов.

Выводы: приведенные выше результаты показывают возможность выполнения органосохраняющих операций при МКЩЖ, что не

ухудшает качество жизни. Отдаленные результаты продолжают обрабатываться и будут опубликованы позже.

Гарбузов П.И.

РАДИАЦИОННАЯ ФИЗИКА И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ РАДИОЙОДА

Медицинский Радиологический Научный Центр РАМН. Обнинск

В настоящее время три радиоизотопа йода наиболее востребованы и используются в медицине: I-123 для *in vivo* и I-125 для *in vitro* диагностических процедур и I-131 для терапевтических целей.

Для диагностических целей радиоактивный йод вводится в организм человека в индикаторных дозах 0,5-5,0 мкКи, (1 мкКи I-131 содержит $8,1 \cdot 10^9$ мг йода) не влияющих на обменные процессы стабильного йода.

Радиойодтерапия заболеваний щитовидной железы основана на механизме активного транспорта йода из крови посредством Na-I-симпортера в фолликулярный эпителий щитовидной железы, накоплении его в фолликулах в связанном с тиреоглобулином виде и секреции с эффективным периодом полувыведения в несколько дней. Благодаря способности клеток щитовидной железы избирательно поглощать йод, концентрация I-131 в щитовидной железе оказывается во много раз больше концентрации в крови. Разрушающее действие I-131 на ткань щитовидной железы вызывают бета-частицы. 90 % энергии распада бета-частиц в тиреоидной ткани поглощается в пределах 1-2 мм и не вызывает повреждения окружающих тканей. Гамма-кванты, испускаемые I-131 или I-123, не оказывают заметного биологического действия, но позволяют следить за местопребыванием и количеством радиойода в организме. Накопившийся в тканях I-131 вызывает ионизацию молекул клеток щитовидной железы, продукцию большого количества свободных радикалов или короткоживущих токсических ядов, способных повредить жизненно важные биологические структуры, такие как ДНК и ферменты. Все эти события приводят к задержке деления или гибели клеток. В зависимости от поглощенной дозы достигается цель лечения – уменьшение продукции гормонов щитовидной железы и/или разрушение ткани щитовидной железы или высокодифференцированной опухоли.