

Результаты. Больные обратились в разные сроки гестации: до 10 недель -11 чел., 12-23 недели - 15 чел., 25-35 недель - 9 чел. В 35 случаях наблюдения при первичном обращении зарегистрирован эутиреоз: ТТГ от 0,8 до 4,2 мЕд/л. Диагноз при направлении на оперативное лечение был: узловой и многоузловой зоб - 10 чел. послеоперационный рецидив узлового зоба - 4 чел. РЩЖ -21 чел. Прооперированы по поводу ДРЩЖ в 15-24 нед. беременности 7 чел., у 2 чел.- в 26 недель, двое - после родоразрешения через 1-2 месяца. Гистологические формы ДРЩЖ: папиллярный - 16 чел., фолликулярный - 9 чел., папиллярно-фолликулярный - 10 чел. Размер опухоли не более 4 см (Т1-Т2). Всем больным проводилась супрессивная терапия левотироксином. Родоразрешены в сроке 37-40 недель 24 больных; в сроке 35 недель -1 пациентка. С оценкой по шкале Апгар на 1/5 минуте жизни ниже 6/8 баллов родился 1 ребенок, 6/8 баллов соответственно имели 23 ребенка. Лактация прервана у 23 больных. После родов проведена реоперация по поводу лимфаденопатии у 2 больных (5,6%). Рецидив узлового зоба зарегистрирован у 2 чел. неоплазия яичников зафиксирована у одной больной, оперированной по поводу ДРЩЖ более 10 лет назад.

Выводы: своевременное оперативное вмешательство, прекращение лактации и супрессивная терапия левотироксином позволяет свести до минимума вероятность рецидива ДРЩЖ.

Киселева Т.П. Соколова А.Ю. . Сафонова Л.Б., Сентюрина Л.Б.

АНАЛИЗ ОПЕРИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНЕ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

Уральская государственная медицинская академия,
ГКБ №40, г. Екатеринбург

Цель работы: провести анализ больных, оперированных по поводу рака щитовидной железы (РЩЖ) по результатам диспансерного наблюдения.

Материалы и методы: обследованы и пролечены 66 человек (65 женщин, 1 мужчина) (с 1963 г. по декабрь 2006 г.). Возраст на момент верификации диагноза составил: (от 18 до 40 лет-13 чел.(19,7%), от 40 до 60 лет-40 чел.(60,6%), от 60 до 80 лет-13 чел.(19,7%). Обследование включало: ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение ТТГ, св. Т4, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАБ), гистологическое исследование удаленной тиреоидной ткани, консультацию онколога.

Результаты работы. До операции у 1 больной выявлен тиреотоксикоз, у 1 пациентки - субклинический гипотиреоз, у 64 чел. - эутиреоз. По морфологии РЩЖ: папиллярные карциномы у 21 чел. - 31,82%, фолликулярные в 15 случаях - 22,73%, папиллярно-фолликулярные в 24 случаях - 36,36%, медуллярный рак у 3 чел. - 1,5%, низкодифференцированный папиллярный процесс у 1 чел. - 1,5%. выделены 2 группы пациентов: 1 группе (до 45 лет) 27 чел. (40,9%), все пациентки с 1 стадией заболевания, им выполнен разный объем оперативного вмешательства (от органосохраняющей до радикальной). комбинированное лечение проведено у 3 человек, во 2 группе 35 чел. (53,03%) с 2 и 3 стадией РЩЖ. объем операции был подобным. комбинированное лечение – 1 пациент. послеоперационные рецидивы: в 1 группе – 4 случая (14,8%); во 2 гр. – 2 наблюдения (5,7%). у данных больных не было супрессивной терапии левотироксином. Выживаемость после операции до 5 лет – 69,7%; до 10 лет – 68,2%; до 20 лет – 21,21%.

Выводы: РЩЖ чаще встречается в возрасте 40-60 лет, его послеоперационный рецидив зависит от лечения левотироксином, формы и стадии рака.

*Камалетдинов Р.Ш., Шаймуратов И.М, Нугаева Р.Р.,
Нестеров Ю.В, Ахметзянов И.Г.*

НОВЫЕ СТАЦИОНАРСОБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Клинический онкодиспансер МЗ РТ г. Казань, Россия

Вследствие длительного пребывания больных раком молочной железы и эндемическим зобом в стационаре сокращается оборот койки, уменьшается операционная активность. На них тратятся значительные денежные средства.

В целях оптимизации лечебно-реабилитационного "процесса" больных, перенесших мастэктомию и струмэктомию, на базе КОД МЗ РТ было организовано долечивание и реабилитация этих больных по способу «стационар на дому».

Были сформулированы задачи:

1. Выявить причины длительного пребывания больных на стационарном лечении
2. Определить варианты их послеоперационного ведения с проведением сравнительной оценки
3. Разработать рекомендации по организации ведения больных в