

На правах рукописи



003067692

СЕЛИВАНОВ Евгений Сергеевич

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

14.00.27 – хирургия

14.00.14 – онкология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Смоленск – 2006

Работа выполнена в Смоленской государственной медицинской академии

Научные руководители:

доктор медицинских наук профессор **Бельков Андрей Викторович**

доктор медицинских наук доцент **Корнев Сергей Владимирович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук профессор **Харкевич Николай Григорьевич**

доктор медицинских наук профессор **Петерсон Сергей Борисович**

Ведущая организация – Научно-исследовательский институт хирургии

им. А.В. Вишневского РАМН

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2007 года в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.097.01 при Смоленской государственной медицинской академии (214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Смоленской государственной медицинской академии (214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28).

Автореферат разослан « ____ » декабря 2006г.

Учёный секретарь диссертационного совета,

доктор медицинских наук профессор

Л.В. Тихонова

Актуальность проблемы

Постарение населения в высокоразвитых странах и увеличение количества больных пожилого и старческого возраста сделало гериатрическую хирургию одной из актуальных проблем современной медицины. В настоящее время лица старшей возрастной группы в России составляют пятую часть всего населения страны, из них около 11% – в возрасте старше 80 лет (Градусов Е.Г. и соавт., 2002). При этом отмечено, что более половины всех злокачественных новообразований выявляется у лиц старше 70 лет (Parkin D.M. et al., 2001).

Наиболее чётко влияние возраста прослеживается при раке щитовидной железы (РЩЖ) (Кузнецов Н.С. и соавт., 2003, Шах Дж. П., 2003, Шаха А.Р., 2003). Так, выявлено, что повозрастные показатели заболеваемости растут с увеличением возраста. По-видимому, составляющими возрастного фактора являются не только гормональный гомеостаз организма, но и биологические особенности самой железы, включая её пролиферативный потенциал и патологию (Лушников Е.Ф. и соавт., 2003, Шабалин А.В. и соавт., 2004).

В структуре злокачественных опухолей различных локализаций РЩЖ составляет 0,4 – 3,1%, а наблюдавшиеся 5 лет и более – 3,5%, и является самой распространённой злокачественной опухолью эндокринных желёз (Подвязников С.О., 1998, Чиссов В.И. и соавт., 1998, Петерсон С.Б., 1999, Липская Е.В., Романчишен А.Ф., 2004, Решетов И.В. и соавт., 2004). В настоящее время отмечается значительный рост заболеваемости РЩЖ во всех странах мира. Особую актуальность приобрела данная тематика в связи с ростом заболеваемости РЩЖ на радиационно-загрязнённых территориях после аварии на Чернобыльской АЭС (Иванов В.К., Цыб А.Ф., 2000, Привалов В.А., Яйцев С.В., 2003, Румянцев П.О. и соавт., 2003).

Интерес к проблеме РЩЖ у больных пожилого и старческого возраста вызван трудностью ранней диагностики (Лушников Е.Ф. и соавт., 2003). По литературным источникам среди оперированных по поводу узлового зоба у 2 – 30% выявляется рак (Кочергина И.И., Алексеева Е.А., 2004, Майстренко Н.А. и соавт., 2004, Lopez L.H. et al., 1997).

Вопрос об оптимальном объёме операции по поводу РЩЖ до настоящего времени остаётся нерешённым. По указанной проблеме изданы монографии, атласы, напечатано огромное число статей, однако подавляющая часть исследований посвящена детям, подросткам и больным среднего возраста. Публикации по данной проблеме у лиц старше 60 лет крайне малочисленны и противоречивы. Таким образом, вопрос об оптимальном объёме хирургического лечения у пожилых больных первичным РЩЖ остаётся мало изучённым (Валдина Е.А., 1997, Аморова Н.М. и соавт., 1998, Втюрин Б.М. и соавт., 2001, Дедов И.И. и соавт., 2004, Романчишен А.Ф., 2004, Noguchi M., 1998).

В литературе недостаточно освещён сравнительный анализ доброкачественных заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), предшествующих раку, у больных пожилого и старческого возраста, проживающих на радиационно-загрязнённых и условно «чистых» территориях.

В настоящее время отсутствуют работы, отражающие соотношение гистологических типов РЩЖ в зависимости от возраста больных и их региона проживания. Остаётся малоизученной структура послеоперационных осложнений после вмешательств на ЩЖ по поводу рака в зависимости от возраста пациентов. Не изучены целесообразность и возможности выполнения повторных хирургических вмешательств при рецидиве РЩЖ у больных пожилого и старческого возраста.

Цель исследования: оптимизация радикального хирургического лечения рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста на основе активной диагностической тактики и дифференцированного подхода к объёму оперативного вмешательства.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- 1) Провести сравнительную оценку «активной» и «пассивной» диагностических тактик у больных пожилого и старческого возраста для выявления рака щитовидной железы на ранних стадиях ($T_{1-2}N_0M_0$).
- 2) Исследовать структуру заболеваний щитовидной железы, предшествующих раку, в зависимости от возраста больных и региона их проживания.
- 3) Оценить на дооперационном этапе информативность тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии с применением контроля УЗИ и без него у больных раком щитовидной железы старше 60 лет.
- 4) Сравнить структуру гистологических типов рака щитовидной железы в зависимости от региона проживания (Смоленская и Брянская области) и возраста больных.
- 5) Определить оптимальный объём оперативного вмешательства с учётом гистологического типа и распространённости первичной опухоли у больных раком щитовидной железы старше 60 лет.
- 6) Изучить структуру послеоперационных осложнений у больных раком щитовидной железы старше 60 лет и молодого возраста.
- 7) Выявить возможности выполнения повторных хирургических вмешательств при рецидиве рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста.

Научная новизна

- 1) Впервые выявлено, что независимо от возраста и региона проживания, в структуре доброкачественных заболеваний щитовидной железы, предшествующих раку, преобладает узловой эутиреоидный зоб. Причём у больных пожилого и старческого возраста, проживающих на условно «чистых» территориях, данное заболевание встречается чаще (78,6%), чем на радиационно-загрязнённых территориях (56,4%). Диффузный нетоксический зоб щитовидной железы у больных раком щитовидной железы пожилого и старческого возраста чаще встречается на радиационно-загрязнённых территориях (22,2%), чем на условно «чистых» (7,1%).
- 2) Доказано, что у больных раком щитовидной железы структура гистологических типов опухоли не зависит от региона проживания (радиационно-загрязнённая Брянская или условно «чистая» Смоленская области), но зависит от возраста.
- 3) Впервые установлено, что риск развития гипопаратиреоза у больных раком щитовидной железы старше 60 лет после гемитиреоидэктомии выше, чем у пациентов молодого возраста.

Практическая значимость

- 1) Использование «активной» диагностической тактики по сравнению с «пассивной» у лиц старше 60 лет с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы способствует более раннему выявлению рака щитовидной железы.
- 2) Обоснованы оптимальные объёмы радикального хирургического вмешательства на щитовидной железе у больных высокодифференцированным раком щитовидной железы старше 60 лет в зависимости от распространённости первичной опухоли. Доказано, что у больных пожилого и старческого возраста резекция доли щитовидной железы не является радикальной операцией.
- 3) Определены возможности выполнения повторных оперативных вмешательств при рецидиве высокодифференцированных форм (папиллярный и фолликулярный) рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста.

Основные положения, выносимые на защиту

- 1) «Активная» диагностическая тактика, по сравнению с «пассивной», позволяет улучшить выявляемость рака щитовидной железы у лиц пожилого и старческого возраста на стадии $T_{1-2}N_0M_0$ в 1,9 раза (86,7% и 45,8%, соответственно).
- 2) Выполнение тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии узловых образований щитовидной железы под контролем УЗИ у лиц старше 60 лет на дооперационном этапе позволяет правильно поставить морфологический диагноз с указанием гистологического типа рака в 1,6 раза чаще, чем без контроля УЗИ.
- 3) У больных раком щитовидной железы частота выявления различных гистологических типов зависит от возраста, но не зависит от региона (Смоленская или Брянская области) проживания.
- 4) При папиллярном (T_{1-4}) и фолликулярном – (T_{1-3}) раке щитовидной железы оптимальным объёмом хирургического лечения является гемитиреоидэктомия. У больных пожилого и старческого возраста, резекция доли щитовидной железы не является радикальной операцией.
- 5) При рецидиве высокодифференцированных форм (папиллярный и фолликулярный) рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста возможно повторное хирургическое лечение с благоприятными отдалёнными результатами.

Внедрение результатов работы

Положения диссертации, методы функционального обследования, алгоритм лечебно-диагностических мероприятий внедрены в практическую работу в Смоленской областной клинической больнице, Брянском областном онкологическом диспансере, Брянском областном лечебно-диагностическом центре, Калининградском областном онкологическом диспансере. Основные положения диссертации включены в лекционный курс и методические разработки кафедры факультетской хирургии Смоленской государственной медицинской академии.

Апробация работы и публикации

Основные положения работы доложены и обсуждены на: 3 съезде онкологов и радиологов СНГ, Минск, 2004; Российской научной конференции «Медико-биологические проблемы противолучевой и противохимической защиты», Санкт – Петербург, 2004; заседании областного научного общества хирургов им. Н.И.Пирогова, Смоленск, 2004; IX Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни», Москва, 2004; межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы лекарственного лечения злокачественных опухолей», Смоленск, 2004.

По теме диссертации опубликовано 20 печатных работ.

Структура и объём диссертации

Работа изложена на 137 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4-х глав, обсуждения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, содержащего 102 отечественных работы и 71 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 52 таблицами и 3 рисунками.

Содержание работы

Клиническая характеристика больных и методы обследования

В работе обобщены результаты диагностики и лечения 332 больных РЩЖ пожилого и старческого возраста (группа №1), проживающих в радиационно-загрязнённой Брянской и 63 больных РЩЖ пожилого и старческого возраста (группа №2) – в условно «чистой» Смоленской областях. По ряду критериев данные группы сравнивались с 72 больными (группа №3) в возрасте от 20 до 40 лет (больные молодого возраста) радиационно-загрязнённой Брянской области.

Клиническое обследование включало: сбор анамнеза, первичный осмотр, осмотр с пальпацией области шеи и регионарных лимфоузлов, ультразвуковое исследование области шеи, радиосцинтиграфию, тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАИБ).

При клиническом осмотре оценивали степень увеличения ЩЖ по ВОЗ (1994), плотность, контуры железы, пальпируемые образования, их размеры, контуры, а также состояние регионарных лимфоузлов. Определяли клинически функциональное состояние ЩЖ.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ проводили аппаратами Toshiba-240 (Япония), Hitachi-405 (Япония), Medison-600 (Корея) с датчиками 7,5 МГц. Уточняли размеры долей и перешейка, эхогенность, экоструктуру ткани ЩЖ, количество, размеры и локализацию образований, их экзогенность и экоструктуру, контуры, наличие кистозных полостей и кальцинатов в образовании. С помощью УЗИ также оценивали изменения в регионарных лимфоузлах.

Методом ИФА с помощью наборов «Immupotech» (Чехия) до и после оперативного лечения определяли уровень ТТГ, Т₃ и Т₄ в сыворотке крови с целью объективного определения состояния ЩЖ.

Радиосцинтиграфию с ^{99m}Tc-пертехнетатом проводили на аппарате «Starcam GE».

Объёмное образование ЩЖ пунктировали, затем шприцом 10 мл создавали разрежение, полученный аспират наносили на предметные стёкла и направляли в цитологическую лабораторию для исследования.

После комплексного обследования исследуемым больным РЩЖ проводили лечение в зависимости от распространённости процесса. Оперативное вмешательство на щитовидной железе различного объёма выполняли 284 из 332 (85,5%) пациентам группы №1, 47 из 63 (74,6%) – группы №2 и 72(100%) – группы №3. (табл. 1).

Таблица 1. Объём оперативных вмешательств на щитовидной железе

Объём вмешательства	Группа №1	Группа №2	Группа №3
Тиреоидэктомия	175(61,6%)	9(19,1%)	17(23,6%)
Субтотальная резекция	25(8,8%)	9(19,1%)	19(26,4%)
Гемитиреоидэктомия	77(27,1%)	20(42,7%)	33(45,8%)
Резекция доли	7(2,5%)	9(19,1%)	3(4,2%)
Всего	284(100,0%)	47(100,0%)	72(100,0%)

Операции на ЩЖ дополняли вмешательствами на регионарных лимфоколлекторах в объёме операции Крайля, футлярно-фасциального иссечения клетчатки шеи (ФФИ) и шейной лимфаденэктомии у 20(6,0%) больных группы №1, у 6(9,5%) – группы №2 и у 11(15,3%) группы №3 (табл. 2). Основной причиной оперативных вмешательств на регионарных лимфоколлекторах были метастатические поражения последних.

Таблица 2. Объём оперативных вмешательств на регионарных лимфоколлекторах

Объём вмешательства	Группа №1	Группа №2	Группа №3
Шейная лимфаденэктомия	5(25,0%)	3(50,0%)	5(45,5%)
ФФИ	13(65,0%)	3(50,0%)	6(54,5%)
Операция Крайля	2(10,0%)	–	–
Всего	20(100,0%)	6(100,0%)	11(100,0%)

Удалённую при операции по поводу РЩЖ ткань ЩЖ направляли для гистологического исследования. Оценивали количество фокусов злокачественного поражения и их локализацию, размеры, наличие капсулы очагов, инвазию в капсулу и сосуды, состояние окружающей ткани ЩЖ, наличие фоновых заболеваний ЩЖ.

После хирургического лечения больные были поставлены на диспансерный учёт у эндокринологов. При постановке на учёт оценивали клиническую выраженность послеоперационного гипотиреоза и гипопаратиреоза. До назначения тиреоидных препаратов (на «чистом фоне») радиоиммунологическим методом определяли уровень ТТГ, Т₃ и Т₄.

С целью контроля локальных и регионарных рецидивов РЩЖ больным через 3–6 месяцев после операции и далее 2 раза в год выполняли УЗ–мониторинг аппаратами Toshiba-240 (Япония), Hitachi-405 (Япония), Medison-600 (Корея). При этом больным, перенёвшим резекцию доли ЩЖ, гемитиреоидэктомии, субтотальную резекцию исследовали культю и ложе ЩЖ, а также выполняли УЗИ регионарных лимфоузлов. При обнаружении очаговых образований в тиреоидном остатке, в ложе ЩЖ, при увеличении регионарных лимфоузлов проводили ТАПБ под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием аспирата. Больным, перенёвшим тиреоидэктомии, для выявления локальных, регионарных рецидивов и отдалённых метастазов проводили радиосцинтиграфию шеи и всего тела с ^{99m}Tc-пертехнетатом на аппарате «Starcam GE». Полученные сведения анализировали и сравнивали с клинической картиной, биохимическими показателями, картиной при УЗИ.

Данные об отдалённых результатах лечения получены при диспансерном наблюдении, личном осмотре больных при активном вызове и посещениях на дому, на основании материалов канцер-регистров. Анализ отдалённых результатов лечения РЩЖ проводился в зависимости от основных прогностических критериев: гистологический тип, размер первичной опухоли (Т) и объёма операции на ЩЖ. Отдалённые результаты представлены в виде общей и безрецидивной пятилетней выживаемости больных РЩЖ каждой из трёх групп. Общая и безрецидивная пятилетняя выживаемость рассчитывалась прямым методом расчёта выживаемости (Петрова Г.В. и соавт., 2005).

Статистическую обработку и сравнение полученных данных проводили на персональном компьютере AMD Athlon(tm) XP 2600+, 1,91 ГГц с помощью статистических программ Statgraphics Plus 5.1, Biostat, Statistica 6.0. Достоверность математической разницы между параметрами оценивали по критериям z , χ^2 и точному критерию Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

По особенностям выявления РЩЖ во всех группах выделяли «активную» и «пассивную» диагностические тактики.

Под активной диагностической тактикой понимали выявление РЩЖ при плановых профилактических и диспансерных осмотрах с использованием УЗИ и пункционной биопсии, контрольных обследованиях по поводу доброкачественной узловой патологии ЩЖ с применением ТАПБ узловых образований, при обследовании ЩЖ у больных, находившихся на стационарном лечении по поводу других соматических и онкологических заболеваний, а также когда РЩЖ выявляли при срочном гистологическом исследовании (во время операции на ЩЖ по поводу доброкачественной патологии).

К пассивной диагностической тактике отнесены клинические наблюдения, когда РЩЖ был диагностирован при самостоятельном обращении больных в лечебные учреждения в связи с появившимися симптомами заболевания, а также, когда РЩЖ выявляли при плановом гистологическом исследовании после операций на ЩЖ по поводу доброкачественных заболеваний.

Влияние диагностической тактики на своевременность выявления РЩЖ у больных пожилого и старческого возраста (n=395) показано в табл. 3.

Таблица 3. Влияние характера диагностической тактики на выявляемость разных стадий рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста

TNM	Диагностическая тактика	
	Активная	Пассивная
T ₁₋₂ N ₀ M ₀	157(86,7%)*	98(45,8%)*
T ₃₋₄ N ₀ M ₀	17(9,4%)*	56(26,2%)*
T ₁₋₂ N _{1a} M ₀	2(1,1%)*	15(7,0%)*
T ₃₋₄ N _{1a-b} M ₀	1(0,6%)*	22(10,3%)*
T ₁₋₄ N ₀₋₁ M ₁	4(2,2%)*	23(10,7%)*
Всего	181(100,0%)	214(100,0%)

*p<0,05

Анализ табл. 3 показал, что активная диагностическая тактика позволяла выявлять РЩЖ на ранних стадиях (T₁₋₂N₀M₀) у большего количества больных (86,7%), по сравнению с пассивной (45,8%) (p=0,000). На остальных стадиях достоверно преобладали больные, выявленные пассивно, по сравнению с активно выявленными пациентами (p<0,05).

У больных при первичном осмотре проводили тщательный сбор анамнеза с целью выявления предшествующих раку доброкачественных заболеваний ЩЖ (табл. 4).

Таблица 4. Структура предшествующих раку заболеваний щитовидной железы

Предшествующие раку заболевания щитовидной железы	Группа №1 (n=332)	Группа №2 (n=63)	Группа №3 (n=72)
Узловой эутиреоидный зоб	137 (56,4%)*	33 (78,6%)*	30(52,6%)
Диффузный нетоксический зоб, эутиреоз	54 (22,2%)*	3 (7,1%)*	14(24,6%)
Многоузловой эутиреоидный зоб	31 (12,8%)	2 (4,8%)	7(12,2%)
Диффузный токсический зоб, гипертиреоз	8 (3,3%)	4 (9,5%)	1(1,8%)
Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз	11 (4,5%)	–	4(7,0%)
Аденома, эутиреоз	2(0,8%)	–	1(1,8%)
Всего больных	243(100,0%)	42(100,0%)	57(100,0%)

*p<0,05

Анализ данных, представленных в табл. 4 показал, что в группе №1 преобладали больные, у которых РЩЖ предшествовал узловой зоб (56,4%)(p=0,000). Диффузный нетоксический зоб стоял на втором месте и составлял 22,2%, доля последнего достоверно отличалась от остальных заболеваний (p<0,05). В группе №2 узловой зоб также наиболее часто предшествовал РЩЖ (78,6%)(p=0,000). Однако, между остальными заболеваниями достоверной разницы не было (p>0,05). В группе №3 наибольшее число клинических наблюдений приходилось на узловой зоб (52,6%) (p<0,05). Вторым по значимости являлся диффузный нетоксический зоб (24,6%) (p<0,05). Необходимо отметить, что, в целом, узловые заболевания ЩЖ встречались в анамнезе у больных всех групп чаще, чем диффузные (p=0,000).

Сравнение групп между собой показало, что в группе №2 узловой зоб встречался достоверно чаще, чем в группах №1 и №3 ($p < 0,05$). В свою очередь, диффузный нетоксический зоб преобладал в группах №1 и №2, по сравнению с группой №3 ($p < 0,05$). Других достоверных отличий по каждому заболеванию между группами не выявлено. Суммарно доли диффузных и узловых заболеваний в группах не отличались ($p > 0,05$).

Таким образом, независимо от возраста и региона проживания, в структуре доброкачественных заболеваний ЩЖ, предшествующих раку, преобладал узловой эутиреоидный зоб. Причём у больных пожилого и старческого возраста, проживающих на условно «чистых» территориях, данное заболевание встречалось чаще (78,6%), чем на радиационно-загрязнённых территориях (56,4%). В свою очередь, диффузный нетоксический зоб ЩЖ чаще встречался у больных РЩЖ пожилого и старческого возраста на радиационно-загрязнённых территориях (22,2%), по сравнению с больными пожилого и старческого возраста условно «чистых» территорий (7,1%). Диффузные заболевания ЩЖ прослеживались в анамнезе у больных РЩЖ реже, чем узловые, независимо от возраста и региона проживания.

В комплексное обследование больных входил сбор анамнеза о наличии онкологических заболеваний, сопутствующих РЩЖ. Последний показал, что наиболее частой локализацией доброкачественных опухолей, сочетающихся с РЩЖ, была матка, независимо от возраста пациентов. Злокачественные заболевания, сопутствующие РЩЖ, чаще отмечались у больных пожилого и старческого возраста, преобладающей локализации не выявлено.

Анализ клинических проявлений РЩЖ показал, что характер жалоб у больных не зависел от возраста, но зависел от диагностической тактики. Наиболее частыми были жалобы на пальпируемую опухоль шеи.

Оценка клинических проявлений функции ЩЖ, а также лабораторные показатели T_3 , T_4 и ТТГ не имели диагностической значимости. Пальпация являлась информативным методом выявления узловых образований ЩЖ даже при размере последнего до 1,5 см.

Однако, комплекс исследований при первичном осмотре, включающий сбор жалоб, анамнеза больного, а также осмотр и пальпацию позволил заподозрить онкологический процесс в ЩЖ у 45,8% больных старше 60 лет. Обращает на себя внимание факт, что диффузный узловой зоб после первичного обследования у больных РЩЖ пожилого и старческого возраста предполагали достоверно реже (47,3%), чем в группе больных молодого возраста (65,3%) ($p = 0,007$). Таким образом, можно говорить о большей онконастороженности врачей первичного звена по отношению к больным с заболеваниями ЩЖ старше 60 лет.

При радиоизотопном сканировании ЩЖ с ^{99m}Tc -пертехнетатом у больных РЩЖ во всех группах преобладал «холодный узел» ($p < 0,05$).

Несомненно, что скрининговым методом выявления узловых образований ЩЖ является УЗИ. При УЗИ узловые образования ЩЖ были выявлены у 100% обследуемых больных. Отмечено, что у больных РЩЖ пожилого и старческого возраста, независимо от места проживания, пациентов с гипо- и гиперэхогенностью ЩЖ было больше, чем у больных молодого возраста. Данный факт объясняется преобладанием фоновой патологии ЩЖ у больных старше 60 лет. Определение чёткости контура узлового образования при УЗИ ЩЖ не имело решающего диагностического значения. У больных РЩЖ пожилого и старческого возраста, проживающих в условно «чистой» Смоленской области, чаще выявляли гиперэхогенные узлы РЩЖ, чем у больных пожилого и старческого возраста, проживающих в радиационно-загрязнённой Брянской области. Вне зависимости от региона проживания, у больных старше 60 лет узлы РЩЖ нулевой эхогенности встречались реже, чем у больных молодого возраста. Независимо от возраста и региона проживания при УЗИ узла РЩЖ чаще выявляли неоднородную структуру последнего. Неоднородность узла РЩЖ в 20,8% – 25,3% была обусловлена кальцификатом.

Первым методом морфологического подтверждения диагноза РЩЖ является тонкоигльная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ).

В предоперационном периоде ТАПБ проводили 319(80,8%) больным РЩЖ пожилого и старческого возраста и 30(41,7%) – больным молодого возраста. У 166(59,3%) больных

старше 60 лет и у 11(36,7%) больных молодого возраста ТАПБ выполняли под контролем УЗИ (УЗ–ТАПБ). В группе больных пожилого и старческого возраста при ТАПБ без контроля УЗИ «рак» или «подозрение на рак» были выявлены в 92(60,1%) клинических наблюдениях, в то время как при УЗ–ТАПБ – в 141(84,9%) ($p<0,05$). В группе больных молодого возраста заключение «рак» или «подозрение на рак» при ТАПБ без контроля УЗИ было поставлено в 8(42,1%) клинических наблюдениях, а при УЗ–ТАПБ – в 10(90,9%) ($p<0,05$). Следовательно, РЦЖ при УЗ–ТАПБ был заподозрен или диагностирован статистически достоверно чаще, чем без контроля УЗИ.

Среди оперированных больных РЦЖ в предоперационном периоде ТАПБ выполняли у 270(68,4%) пациентов старше 60 лет и у 30(100,0%) больных молодого возраста, что позволило сравнить данные о совпадении цитологического и гистологического заключений (табл. 5).

Таблица 5. Совпадение гистологического и цитологического диагнозов у больных раком щитовидной железы

Совпадение заключений	Больные пожилого и старческого возраста		Больные молодого возраста	
	ТАПБ	УЗ–ТАПБ	ТАПБ	УЗ–ТАПБ
Совпадение есть	49 (43,8%)*	112 (70,9%)*	8 (42,1%)	9 (81,8%)
Совпадения нет	63 (56,2%)*	46 (29,1%)*	11 (57,9%)	2 (18,2%)
Всего	112 (100,0%)	158 (100,0%)	19 (100,0%)	11 (100,0%)

* $p<0,05$

Анализ табл. 5 выявил, что в группе больных РЦЖ пожилого и старческого возраста при выполнении УЗИ–ТАПБ число совпадений цитологического и гистологического диагнозов было больше (70,9%), чем без контроля УЗИ (43,8%) ($p=0,000$). В большинстве клинических наблюдений заключения не совпадали при выполнении ТАПБ без УЗИ–контроля (56,2%), чем под контролем УЗИ (29,1%) ($p=0,000$). В свою очередь, между процентным соотношением совпадений (43,8%) и несовпадений (56,2%) заключений при выполнении ТАПБ без УЗИ не было выявлено статистически достоверной разницы ($p=0,276$). В группе больных РЦЖ молодого возраста гистологический и цитологический диагноз совпадали чаще при выполнении ТАПБ под контролем УЗИ (81,8%), чем без него (42,1%), однако, статистически достоверной разницы между данными показателями не выявлено ($p=0,537$). Других статистически достоверных различий, как внутри групп, так и между ними не отмечено.

Таким образом, у больных РЦЖ пожилого и старческого возраста выполнение УЗ–ТАПБ узловых образований ЩЖ позволило правильно поставить морфологический диагноз у 70,9%, в то время как без УЗИ этот показатель составил 43,8%. Следовательно, ТАПБ узловых образований ЩЖ у лиц пожилого и старческого возраста необходимо выполнять исключительно под контролем УЗИ.

Во всех клинических наблюдениях диагноз РЦЖ был подтвержден морфологически: цитологически (ТАПБ) диагноз верифицирован у 64 не оперированных больных пожилого и старческого возраста, в остальных клинических наблюдениях диагноз был поставлен на основании гистологического исследования послеоперационного материала. Было выявлено, что процентное соотношение гистологических типов РЦЖ у больных пожилого и старческого возраста не зависело от региона проживания. Данный факт позволил объединить показатели обеих групп пациентов пожилого и старческого возраста (№1 и №2) для сравнения с больными молодого возраста (табл. 6).

Таблица 6. Влияние возраста больных на морфологию рака щитовидной железы

Гистологический тип	Больные пожилого и старческого возраста	Больные молодого возраста
Папиллярный	279(70,6%)	48(66,7%)
Фолликулярный	54(13,7%)*	18(25,0%)*
Анапластический	33(8,4%)	2(2,8%)
Медулярный	6(1,5%)	3(4,1%)
Сочетание двух гистологических типов	4(1,0%)	1(1,4%)
«Рак» без уточнения гистологического типа	19(4,8%)	–
Всего	395(100,0%)	72(100,0%)

* $p < 0,05$

При сравнении структуры гистологических типов рака щитовидной железы было выявлено, что у больных пожилого и старческого возраста фолликулярный рак встречался реже (13,7%), чем у пациентов молодого возраста (25,0%) ($p < 0,05$). Доли папиллярного, анапластического и медулярного РЩЖ между группами статистически достоверно не отличались ($p > 0,05$).

Необходимо напомнить, что данные, полученные при цитологическом исследовании, после ТАПБ без УЗ–контроля в 56,2% – 57,9% не совпадали с гистологическим диагнозом, а под контролем УЗИ несовпадение цитологического и гистологического диагнозов наблюдали в 18,2% – 29,1% (табл. 5). В табл. 6 были включены данные цитологических заключений больных, у которых не проводили оперативное лечение, и диагноз РЩЖ был верифицирован после ТАПБ (цитологически). Для исключения возможных погрешностей при анализе данных было проведено сравнение групп больных по гистологическим диагнозам.

Гистологически тип РЩЖ был верифицирован у 352(89,1%) из 395 больных пожилого и старческого возраста и у 72(100,0%) – больных молодого возраста. Материал для гистологического исследования был получен при радикальных и паллиативных операциях на ЩЖ, при взятии участка ткани опухоли во время ревизии, а также при посмертных вскрытиях больных РЩЖ. Гистологическая структура у больных РЩЖ в зависимости от возраста представлена в табл. 7.

Таблица 7. Распределение больных раком щитовидной железы по гистологическому типу в зависимости от возраста

Гистологический тип	Больные пожилого и старческого возраста	Больные молодого возраста
Папиллярный	273(77,6%)	48(66,6%)
Фолликулярный	49(13,9%)*	18(25,0%)*
Анапластический	21(5,9%)	2(2,8%)
Медулярный	6(1,7%)	3(4,2%)
Папиллярный + фолликулярный	2(0,6%)	1(1,4%)
Папиллярный + анапластический	1(0,3%)	–
Всего	352(100,0%)	72(100,0%)

* $p < 0,05$

Анализ табл. 7 показал, что достоверно отличалось процентное соотношение фолликулярного гистологического типа РЩЖ между больными пожилого и старческого возраста (13,9%) и пациентами молодого возраста (25,0%) ($p=0,03$). Папиллярный, медуллярный и анапластический РЩЖ встречались одинаково часто, как в пожилом и старческом, так и в молодом возрасте ($p>0,05$). Данный факт полностью согласуется с анализом морфологических заключений.

Объём оперативного вмешательства на ЩЖ при РЩЖ остаётся предметом дискуссий уже долгое время. Однако, не вызывает сомнений, что прогноз отдалённых результатов хирургического лечения зависит от оптимального выбора операции с учётом гистологической структуры и распространённости опухоли.

Для анализа адекватности объёма оперативного вмешательства на ЩЖ во всех группах были отобраны больные РЩЖ, которым выполняли радикальные операции (табл. 8).

Таблица 8. Объём радикальных оперативных вмешательств при раке щитовидной железы

Объём операции	Больные пожилого и старческого возраста	Больные молодого возраста
Тиреоидэктомия	184(57,5%)	17(23,6%)
Субтотальная резекция	32(10,0%)	19(26,4%)
Гемитиреоидэктомия	92(28,8%)	33(45,8%)
Резекция доли	12(3,7%)	3(4,2%)
Всего	320(100,0%)	72(100,0%)

Были проанализированы результаты безрецидивной пятилетней выживаемости у больных РЩЖ пожилого и старческого возраста, как наиболее показательного критерия радикальности лечения.

У 22(15,3%) больных папиллярным РЩЖ пожилого и старческого возраста в пятилетнем послеоперационном периоде был выявлен рецидив заболевания, из них у 8(10,5%) после тиреоидэктомии, у 3(13,0%) после субтотальной резекции, у 5(13,9%) после гемитиреоидэктомии и у 6(66,7%) при резекции доли ЩЖ. Таким образом, пятилетняя безрецидивная выживаемость у данной категории больных составила 84,7% (122 из 144 клинических наблюдений) (табл. 9).

Таблица 9. Безрецидивная пятилетняя выживаемость при папиллярном раке щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста

Операция	T ₁₋₂	T ₃	T ₄	Всего
Тиреоидэктомия	92,9% 52 из 56	90,0% 9 из 10	90,0% 9 из 10	89,5% 68 из 76
Субтотальная резекция	89,5% 17 из 19	66,7% 2 из 3	100,0% 1 из 1	86,9% 20 из 23
Гемитиреоидэктомия	92,0% 23 из 25	60,0% 3 из 5	83,3% 5 из 6	86,1% 31 из 36
Резекция доли	33,3%* 2 из 6	50,0% 1 из 2	0,0% 0 из 1	33,3%* 3 из 9

* $p<0,05$

При распространённости первичной опухоли T₁₋₂, показатели пятилетней безрецидивной выживаемости после резекции доли ЩЖ были достоверно хуже, чем после вмешательств на ЩЖ большего объёма ($p<0,05$). При распространённости T₃₋₄ незначительное количество клинических наблюдений, где выполняли резекцию ЩЖ, не позволяет сравнить отдалённые результаты хирургического лечения РЩЖ, после данной операции и вмеша-

тельств большего объёма. Однако, необходимо отметить, что суммарно показатель безрецидивной пятилетней выживаемости после резекции доли ЩЖ был достоверно хуже (33,3%), чем после операций на ЩЖ большего объёма ($p < 0,05$). Статистически достоверных различий в пятилетней безрецидивной выживаемости при любом распространении первичной опухоли Т₁₋₄ после гемитиреоидэктомии, субтотальной резекции и тиреоидэктомии выявлено не было ($p > 0,05$). Следовательно, у больных пожилого и старческого возраста при папиллярном РЩЖ с распространённостью первичной опухоли Т₁₋₄ субтотальная резекция и тиреоидэктомия не улучшали отдалённых результатов хирургического лечения по сравнению с гемитиреоидэктомией.

У 6(18,8%) больных фолликулярным РЩЖ пожилого и старческого возраста в пятилетнем послеоперационном периоде был выявлен рецидив заболевания, из них у 3(17,6%) после тиреоидэктомии, у 1(16,7%) после гемитиреоидэктомии и у 2(66,7%) после резекции доли ЩЖ. Таким образом, пятилетняя безрецидивная выживаемость у данной категории больных составила 81,3% (26 из 32 клинических наблюдений) (табл. 10).

Таблица 10. Безрецидивная пятилетняя выживаемость при фолликулярном раке щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста

Операция	Т ₁₋₂	Т ₃	Т ₄	Всего
Тиреоидэктомия	81,3% 13 из 16	–	100,0% 1 из 1	82,4% 14 из 17
Субтотальная резекция	100,0% 4 из 4	100,0% 2 из 2	–	100,0% 6 из 6
Гемитиреоидэктомия	75,0% 3 из 4	100,0% 2 из 2	–	83,3% 5 из 6
Резекция доли	0,0% 0 из 1	50,0% 1 из 2	–	33,3% 1 из 3

* $p < 0,05$

Анализ табл. 10 показал, что при распространённости первичной опухоли Т₁₋₃ при всех объёмах оперативного лечения статистически достоверной разницы между показателями пятилетней безрецидивной выживаемости нет ($p > 0,05$). Необходимо отметить, что значения безрецидивной пятилетней выживаемости после резекции доли ЩЖ были значительно меньше, чем после операций большего объёма. Таким образом, при распространённости фолликулярного РЩЖ Т₁₋₃ тиреоидэктомия и субтотальная резекция не улучшали отдалённых результатов хирургического лечения по сравнению с гемитиреоидэктомией. Следовательно, оперативное вмешательство в объёме гемитиреоидэктомии является достаточным при фолликулярном РЩЖ Т₁₋₃ у больных пожилого и старческого возраста.

Незначительное количество клинических наблюдений радикально оперированных больных пожилого и старческого возраста с медулярным и анапластическим РЩЖ не позволило сделать статистически достоверные заключения о оптимальном объёме хирургического вмешательства у данной категории пациентов.

Очевидно, что показания к различным объёмам хирургического лечения целесообразно оценивать не только по отдалённым результатам безрецидивной выживаемости, но и по количеству и тяжести ближайших послеоперационных осложнений, которые оказывают существенное влияние на качество жизни прооперированного больного.

Одним из наиболее грозных ранних послеоперационных осложнений вмешательств на ЩЖ являлся гипопаратиреоз. В послеоперационном периоде гипопаратиреоз различной степени тяжести наблюдали у 60(18,8%) больных пожилого и старческого возраста и у 1(1,4%) пациента молодого возраста ($p < 0,05$). Следовательно, после оперативного лечения РЩЖ у больных старше 60 лет гипопаратиреоз развивался чаще, чем у больных молодого возраста. Данный факт объяс-

няется большим объемом оперативных вмешательств на ЩЖ у больных пожилого и старческого возраста, по сравнению с пациентами молодого возраста.

Частота встречаемости гипопаратиреоза в зависимости от объема операции представлена в табл. 11.

Таблица 11. Частота встречаемости гипопаратиреоза после оперативных вмешательств при раке щитовидной железы

Объем операции	Больные пожилого и старческого возраста	Больные молодого возраста
Тиреоидэктомия	42(22,8%) n=184	1(5,9%) n=17
Субтотальная резекция	4(12,5%) n=32	0(0,0%) n=19
Гемитиреоидэктомия	13(14,1%)* n=92	0(0,0%)* n=33
Резекция доли	1(8,3%) n=12	0(0,0%) n=3
Всего	60(18,8%) n=320	1(1,4%) n=72

* $p < 0,05$

Анализ табл. 11 показал, что внутри групп, независимо от объема вмешательства на ЩЖ, статистически достоверных различий нет. При сравнении групп между собой, статистически достоверная разница между больными пожилого и старческого возраста и молодого возраста была выявлена только при сравнении количества клинических наблюдений с гипопаратиреозом после гемитиреоидэктомии ($p=0,052$). Следовательно, после гемитиреоидэктомии гипопаратиреоз чаще развивался у больных старше 60 лет (14,1%), чем у пациентов молодого возраста (0,0%).

Больным пожилого и старческого возраста с рецидивом РЩЖ крайне редко выполняются повторное хирургическое лечение. Однако, тот факт, что РЩЖ является уникальной опухолью за счёт разнообразности клинического течения в зависимости от гистологического строения и возраста больных, позволяет подходить к вопросу о показаниях к повторному лечению более дифференцировано, чем при других опухолях.

В отдалённом послеоперационном периоде клинически был выявлен рецидив РЩЖ у 44(13,8%) радикально оперированных больных пожилого и старческого возраста. По характеру рецидива заболевания был разделён на три вида: локальный, регионарный и отдалённые метастазы. Под локальным понимали рецидив рака, оставшийся в культе или ложе ЩЖ, под регионарным – наличие в отдалённом послеоперационном периоде метастазов РЩЖ в регионарных лимфоузлы.

Зависимость числа и характера рецидива РЩЖ от объема оперативного вмешательства на ЩЖ рассмотрена в табл. 12.

Анализ табл. 12 выявил, что после резекции доли у больных пожилого и старческого возраста процент всех видов рецидива был равен 75,0% (9 из 12 больных), после гемитиреоидэктомии – 16,3% (15 из 92 больных). Сравнение полученных цифр показало, что процент всех видов рецидива заболевания после резекции доли ЩЖ был достоверно больше, чем после гемитиреоидэктомии ($p=0,005$). Следовательно, резекция доли ЩЖ не является радикальной операцией при РЩЖ у больных пожилого и старческого возраста.

Таблица 12. Характер рецидива заболевания в зависимости от объёма операции при раке щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста

Операция	Локальный	Регионарный	Отдаленные метастазы	Всего
Тиреоидэктомия (n=184)	2 (1,1%)	3 (1,6%)	16 (8,7%)	21 (11,4%)
Субтотальная резекция (n=32)	2 (6,3%)	2 (6,3%)	3 (9,4%)	7 (21,9%)
Гемитиреоидэктомия (n=92)	3 (3,2%)	5 (5,4%)	7 (7,6%)	15 (16,3%)
Резекция доли (n=12)	4 (33,3%)	1 (8,3%)	4 (33,3%)	9 (75,0%)*

* $p < 0,05$

Различные виды лечения по поводу клинического рецидива РЩЖ получали 15(46,9%) из 32 больных старше 60 лет Брянской области и 3(25,0%) из 12 – Смоленской. Во всех клинических наблюдениях были высокодифференцированные формы РЩЖ (папиллярный и фолликулярный). Лечение рецидива анапластического и медуллярного рака щитовидной железы не выполняли.

Хирургическое лечение рецидива РЩЖ выполняли у 9 пациентов, у 2 – хирургическое лечение дополняли в послеоперационном периоде дистанционной гамма-терапией, у 2 – проводили хирургическое лечение с последующей радиойодтерапией, в единичных клинических наблюдениях применяли сочетание дистанционной гамма-терапии и радиойодтерапии и у 3 больных проводили только радиойодтерапию. После лечения рецидива РЩЖ живы 16 из 18 больных (88,9%), из них 12 более 5 лет.

Таким образом, при рецидиве высокодифференцированных форм (папиллярный и фолликулярный) рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста, независимо от региона проживания, возможно повторное хирургическое лечение с благоприятными отдалёнными результатами.

Выводы

- 1) «Активная» диагностическая тактика, включающая плановые диспансерные и профилактические осмотры, обследование щитовидной железы при обращении в стационары больных с соматической патологией, по сравнению с «пассивной», улучшает выявляемость рака щитовидной железы на стадии $T_{1-2}N_0M_0$ у лиц пожилого и старческого возраста в 1,9 раза (86,7% и 45,8%, соответственно).
- 2) Независимо от возраста и региона проживания, в структуре доброкачественных заболеваний щитовидной железы, предшествующих раку, преобладает узловой эутиреоидный зоб. У больных пожилого и старческого возраста, проживающих на условно «чистых» территориях данное заболевание встречается чаще (78,6%), чем у проживающих на радиационно-загрязнённых территориях (56,4%). Диффузный нетоксический зоб щитовидной железы чаще встречается у больных раком щитовидной железы пожилого и старческого возраста на радиационно-загрязнённой территории (22,2%), по сравнению с больными старше 60 лет условно «чистого» региона (7,1%).
- 3) Выполнение тонкоигльной аспирационной пункционной биопсии узловых образований щитовидной железы под контролем УЗИ у больных старше 60 лет на дооперационном этапе позволяет установить морфологический диагноз рака щитовидной железы с указанием гистологического типа опухоли в 1,6 раза чаще, чем без контроля УЗИ (70,9% и 43,8%, соответственно).
- 4) У больных раком щитовидной железы структура гистологических типов опухоли не зависит от региона проживания, но зависит от возраста. В частности, у больных пожилого и старческого возраста фолликулярный рак щитовидной железы встречается реже (13,9%) по сравнению с пациентами молодого возраста (25,0%).
- 5) Обоснован объём радикального лечения рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста в зависимости от гистологического типа и распространённости первичной опухоли. У больных пожилого и старческого возраста, резекция доли щитовидной железы не является радикальной операцией (рецидивы заболевания составили 75,0%).
- 6) Установлено, что в структуре осложнений после гемитиреоидэктомии, развитие гипопаратиреоза у больных пожилого и старческого возраста выявлено в 14,1% клинических наблюдений; у больных молодого возраста после гемитиреоидэктомии развитие гипопаратиреоза не отмечено.
- 7) При рецидиве высокодифференцированных форм (папиллярный и фолликулярный) рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста возможно повторное хирургическое лечение с благоприятными отдалёнными результатами в 88,9% клинических наблюдений.

Практические рекомендации

- 1) Основой выявления рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста на ранних стадиях заболевания является активный скрининг лиц старше 60 лет с узловыми и диффузными заболеваниями щитовидной железы, включающий комплексное обследование щитовидной железы при их обращении в медицинские учреждения по поводу соматической патологии, а также плановые диспансерные и профилактические осмотры.
- 2) При папиллярном раке щитовидной железы T_{1-4} и фолликулярном – T_{1-3} у больных пожилого и старческого возраста возможно выполнение гемитиреоидэктомии.
- 3) Рекомендовано динамическое наблюдение за функцией паращитовидных желез у больных раком щитовидной железы старше 60 лет в послеоперационном периоде вследствие более высокого риска развития гипопаратиреоза после выполнения гемитиреоидэктомии, по сравнению с пациентами молодого возраста.
- 4) Больным с рецидивом высокодифференцированного (папиллярного и фолликулярного) рака щитовидной железы пожилого и старческого возраста при отсутствии общих противопоказаний показано повторное хирургическое лечение.

Список опубликованных работ

1. Корнев С.В., Соловьёв В.И., Тугай В.В., Амелина Е.Д., Селиванов Е.С. Непосредственные и отдалённые результаты применения полихимиотерапии при раке щитовидной железы // Российский биотерапевтический журнал. – 2004. – Т. 3, №2. – С. 70.
2. Корнев С.В., Бельков А.В., Соловьёв В.И., Селиванов Е.С., Тугай В.В. Особенности рака щитовидной железы у лиц пожилого возраста // Материалы 3 съезда онкологов и радиологов СНГ. Часть 2. – Минск: ОДО «Тонпик», 2004. – С. 30.
3. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С., Прошин А.Д. Организация раннего выявления злокачественных опухолей щитовидной железы на радиационно-загрязнённых территориях // Медико-биологические проблемы противолучевой и противохимической защиты: Материалы Российской научной конференции. – Спб.: ООО «Издательство Фолиант», 2004. – С. 191 – 192.
4. Бельков А.В., Корнев С.В., Соловьёв В.И., Селиванов Е.С. Сравнительная оценка гистотипов и особенности лечения рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста // Роль лесов в стабилизации экологической обстановки и состояния здоровья населения в бассейнах Днепра, Волги и Западной Двины: Материалы научно-практической конференции / Под ред. В.Н. Костюченкова. – Смоленск, 2004. – С. 143 – 145.
5. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С., Соловьёв В.И. Особенности диагностики рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста // Роль лесов в стабилизации экологической обстановки и состояния здоровья населения в бассейнах Днепра, Волги и Западной Двины: Материалы научно-практической конференции / Под ред. В.Н. Костюченкова. – Смоленск, 2004. – С. 154 – 156.
6. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С. Возможности хирургического лечения у больных раком щитовидной железы старшей возрастной группы // Современное состояние и перспективы развития экспериментальной и клинической онкологии: Материалы Российской научно-практической конференции. – Часть 2. – Томск: НТЛ, 2004. – С. 63.
7. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С. Клинические аспекты рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста // Современное состояние и перспективы развития экспериментальной и клинической онкологии: Материалы Российской научно-практической конференции. – Часть 2. – Томск: НТЛ, 2004. – С. 64.
8. Бельков А.В., Корнев С.В., Селиванов Е.С. Сравнительная характеристика клинического течения рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста на радиационно-загрязнённых и условно «чистых» территориях // Вестник Смоленской медицинской академии. – Смоленск, 2004. – №2. – С. 94 – 96.
9. Бельков А.В., Корнев С.В., Селиванов Е.С. Показатели летальности у больных раком щитовидной железы пожилого и старческого возраста в зависимости от гистотипа опухоли и вида лечения // Вестник Смоленской медицинской академии. – Смоленск, 2004. – №2. – С. 96 – 98.
10. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С. Клинические аспекты рака щитовидной железы у пожилых больных на загрязнённых радионуклидами территориях // Клиническая геронтология. – 2004. – Т. 10, № 9. – С. 99.
11. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С., Макаренкова С.П. Анамнестические особенности рака щитовидной железы у пожилых больных // Диагностика и лечение узлового зоба: Материалы 3 Всероссийского тиреоидологического конгресса. – М, 2004. – С. 173 – 174.
12. Корнев С.В., Бельков А.В., Соловьёв В.И., Селиванов Е.С. Клинические рецидивы рака щитовидной железы у радикально оперированных больных старшей возрастной группы // Актуальные проблемы лекарственного лечения злокачественных опухолей: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Смоленск, 2004. – С. 72 – 74.

13. Селиванов Е.С., Корнев С.В., Бельков А.В. Оценка методов диагностики рака щитовидной железы у старшей возрастной группы больных // Актуальные проблемы лекарственного лечения злокачественных опухолей: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Смоленск, 2004. – С. 40 – 42.
14. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С. Повторные операции при рецидивах рака щитовидной железы у больных пожилого возраста // Хирургия 2004: Материалы 5 Российского научного форума. – М, 2004. – С. 20 – 21.
15. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С. Ранняя диагностика рака щитовидной железы у пожилых на радиационно-загрязнённой территории // Клиническая геронтология. – 2005. – Т. 11, №3. – С. 38 – 42.
16. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С. Хирургическое и комбинированное лечение рака щитовидной железы у пожилых больных // Клиническая геронтология. – 2005. – Т. 11, №3. – С. 8 – 12.
17. Корнев С.В., Бельков А.В., Селиванов Е.С. Результаты оперативного лечения рака щитовидной железы у взрослого контингента больных // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы 15 Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Рязань, 2005. – С. 190 – 191.
18. Корнев С.В., Бельков А.В., Борсуков А.В., Селиванов Е.С., Амелина Е.Д. Ультразвуковое исследование и тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия в диагностике рака щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста // www.miniinvasiv.com. – 2006.
19. Селиванов Е.С., Корнев С.В., Бельков А.В. Частота развития гипотиреоза у больных раком щитовидной железы пожилого и старческого возраста, проживающих на загрязнённых радионуклидами территориях, после радикального оперативного лечения // Клиническая геронтология. – 2006. – Т. 12, №9. – С. 68 – 69.
20. Селиванов Е.С., Корнев С.В., Бельков А.В. Отдалённые результаты радикального лечения больных анапластическим раком щитовидной железы пожилого и старческого возраста на условно «чистых» и загрязнённых радионуклидами территориях // Клиническая геронтология. – 2006. – Т. 12, №9. – С. 62.

СЕЛИВАНОВ ЕВГЕНИЙ СЕРГЕЕВИЧ

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Формат 60X84/16 Тир. 100 Зак. 7228 Печ. Листов 1.0

Подписано в печать 15.12.06

Отпечатано в типографии ООО «Принт-Экспресс»

Лиц. ПЛД №71-38 от 07.09.99 г.

г. Смоленск, проспект Гагарина, 21, т.: (0812) 32-80-70