

*Лечение больных раком щитовидной железы после оперативных вмешательств*  
Проф. А.Г. Кисличко, Т.А. Ведзижев, член-корр. РАМН, профессор В.А. Журавлев  
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ НЕРАДИКАЛЬНЫХ И  
НЕАДЕКВАТНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Кафедра онкологии, кафедра госпитальной хирургии КГМА*

Среди нерешенных аспектов проблемы повторного лечения больных раком щитовидной железы является обоснование показаний к повторным оперативным вмешательствам.

В настоящее время операция по поводу рака щитовидной железы должна удовлетворять следующим онкологическим принципам: доля, в которой локализуется злокачественная опухоль, должна быть вся удалена; оперативное вмешательство должно быть выполнено экстрафасциально. Операции, произведенные с нарушением этих принципов, делят на нерадикальные, когда в оставшейся части доли имеется остаточная опухоль и неадекватные, когда в оставшейся части доли опухоли не обнаруживают [ 7 ].

Причины выполнения нерадикальных и неадекватных операций заключаются в несвоевременной диагностике рака щитовидной железы. О диагнозе рака хирург узнает только после получения результата планового гистологического исследования, когда больному произведена операция с нарушением онкологических принципов. Наиболее часто это резекция доли щитовидной железы, содержащая злокачественную опухоль.

При нерадикальных операциях сомнений в необходимости повторного оперативного вмешательства не возникает. Особые трудности вызывает решение вопроса о необходимости повторного оперативного вмешательства при неадекватных операциях, когда клинически признаки остаточной опухоли отсутствуют. Одни авторы в этом случае настаивают на повторной операции [1,4]. Другие авторы считают возможным выполнение органосохраняющих операций при небольшом размере удаленной раковой опухоли и даже оставить больных под динамическим наблюдением, если нет клинических признаков рецидива или прогрессирования [2,3,6,8].

Дискутируется вопрос об объеме и сроках выполнения повторных хирургических вмешательств. Большинство зарубежных и некоторые отечественные авторы реоперации выполняют сразу после получения результата гистологического исследования при этом удаляют остаток доли и резецируют или удаляют противоположную, неизмененную долю [5]. Другие авторы оптимальным сроком для реопераций считают период от 3 до 6 месяцев после первичного оперативного вмешательства [2].

В настоящее время не уточнены показания к повторным операциям после неадекватных оперативных вмешательств, не определены оптимальные сроки и объем реопераций после нерадикальных и неадекватных оперативных вмешательств. От решения этого вопроса зависят как непосредственные так и отдаленные результаты лечения данной категории больных. Не определена тактика лечения в отношении больных при развитии в оставшейся ткани щитовидной железы доброкачественных узловых образований.

Нами детально изучено 124 больных раком щитовидной железы, находившихся в отделении опухолей головы и шеи Кировского областного клинического онкологического диспансера с 1985 по 1999 г. Женщины составили 84,7%, мужчины - 15,3%.

Морфологическая структура опухолей была следующей: папиллярный рак выявлен у 58 (46,8%) больных, фолликулярный рак - у 66 (53,2%).

Типирование распространенности процесса осуществляли в соответствии с системой TNM (1987 г.). Согласно этой классификации больные распределялись следующим образом: степень распространности, соответствующая T1N0M0 была у 83 (66,9%) больных, T2N0M0 - у 33 (26,7%), T1N1M0 - у 2 (1,6%), T2N1M0 - у 6

*Вятский медицинский вестник. 2000. №1 (6) (4,8%).* У последних 8 больных диагностировано поражение паратрахеальных лимфатических узлов метастазами во время выполнения операции.

Размеры опухоли колебались от 0,8 до 2 см в диаметре. У всех больных опухоль была ограничена одной долей без инвазии капсулы щитовидной железы.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу были включены 64 больных, перенесших нерадикальные и неадекватные операции. Из них у 58 выполнена экономная резекция пораженной доли, у 6 больных с метастазами в паратрахеальные лимфатические узлы произведено только их удаление с паратрахеальной клетчаткой.

Во 2-ю группу включили 60 больных, которым были выполнены радикальные операции. При этом у 2 больных с метастазами в паратрахеальные лимфатические узлы произведена футлярно-фасциальная диссекция на лимфопутях шеи на стороне поражения. Эти пациенты составили исторический контроль.

У всех больных 1-ой группы сразу же после операции клинических признаков остаточной опухоли выявлено не было. Несмотря на это у 20 пациентов выполнены повторные оперативные вмешательства в ранние сроки. Показанием к выполнению реоперации являлось несоответствие принципам абластики первого оперативного вмешательства. Повторные операции у этих пациентов выполнялись через 1-2 месяца после первой операции, когда в ране уже стихли воспалительные явления. Удалялись остатки доли и перешеек щитовидной железы. У 3 (15%) больных обнаружена опухоль в остатках резецированной ранее доли. По гистологической структуре у всех этих больных был выявлен папиллярный рак. Степень распространенности процесса у этих больных соответствовала T2N0M0. У 18 больных при гистологическом исследовании в оставленной ткани щитовидной железы после первой операции опухоли не обнаружено. В раннем послеоперационном периоде у 2 (10%) больных наблюдался временный гипонатиреоз.

#### Клиническая медицина

оперативные вмешательства на щитовидной железе выполнены в сроки от 1 года до 15 лет по поводу развития рецидива или метастазов рака и доброкачественных узловых образований. У 11 (33,3%) из 33 пациентов в оставшейся ткани щитовидной железы выявлен рецидив рака и еще у 3 (9,1%) метастазы в регионарные лимфатические узлы на стороне первичной опухоли. При этом у этих 3 (50%) из 6 больных объем первой операции на регионарном лимфатическом аппарате был неадекватный и заключался в иссечении только паратрахеальной клетчатки. У 19 (57,6%) пациентов в тиреоидном остатке выявлены аденомы, коллоидные узлы, аутоиммунный тиреоидит.

При анализе информации было установлено, что у 11 больных с рецидивами степень распространенности процесса соответствовала T2N0M0. У 1 больного с рецидивом в оставшейся доле щитовидной железы и одновременно с метастазами в регионарные лимфатические узлы степень распространенности процесса соответствовали T1N1M0, у 2 больных с метастазами в регионарные лимфатические узлы степень распространенности процесса была T2N1M0.

В первый год наблюдения рецидив был обнаружен у 2 (6,0%); во 2 и 3 годы - у 6 (18,2%), из них у 2 метастазы в шейные лимфатические узлы; у 1 (3,0%) больного обнаружены метастазы в надключичной области этой же стороны через 4 года; у 4 (12,2%) больных признаки рецидива выявлены через 6 лет; у 1 больного через 11 лет. У всех больных с метастазами в шейные лимфатические узлы объем первого вмешательства на регионарном лимфатическом аппарате был неадекватным и заключался в ограниченном иссечении шейной клетчатки, в данном случае удалении паратрахеальных лимфатических узлов и клетчатки на стороне поражения

По гистологической структуре у 8 больных был фолликулярный рак, у 6 папиллярный рак.

Повторные операции при рецидиве рака у 9 больных выполнены в объеме тиреоидэктомии из них у 3 с одновременной операцией на лимфопутях шеи в объеме

У 33 пациентов 1-ой группы повторные футлярно-фасциальной диссекции, у 5 больных выполнена субтотальная резекция щитовидной железы. У 15 больных с доброкачественными образованиями повторные операции выполнены в

объеме удаления остатков доли и перешейка и у 4 пациентов - субтотальной резекции щитовидной железы.

Выполнение повторных операций сопровождалось значительными техническими трудностями из-за выраженности рубцового процесса, нарушения топографо-анатомических отношений тканей, а это в свою очередь привело к развитию осложнений у 8 (24,2%) пациентов. Из них у 5 в раннем послеоперационном периоде наблюдалось развитие временной парасщитовидной недостаточности, у 2 - односторонний паралич голосовой складки и 1 больному с двухсторонним параличом голосовых складок была произведена трахеостомия.

Остальные 11 больных из 1-ой группы, которым не выполнялись повторные операции, из-за отказа и других причин, наблюдаются без признака рецидива и метастазов в сроки от 5 до 14 лет. Степень распространенности опухолевого процесса у этих больных соответствует T1N0M0.

Живы 60 (93,7%) из 64 больных 1-ой группы. Умерли 4 больных. Все умершие были из подгруппы больных в 33 человека, которым повторные операции выполнялись в отдаленные сроки по поводу рецидива и метастазов рака. Из них 1 умер через 9 лет после операции от метастазов в лимфатические узлы средостения и развития медиастинального компрессионного синдрома, 1 - от метастазов в легкие через 6 лет, 1 - через 4 года от генерализации процесса (метастазы в регионарные лимфатические узлы и метастазы в кости) и 1 больной умер от острой сердечно-сосудистой патологии.

При наблюдении за 60 больными 2-ой группы, которым были выполнены радикальные операции 7 и более лет назад, получены следующие результаты. У 1 (1,7%) из 60 пациентов в послеоперационном периоде отмечен односторонний парез голосовых складок. У 1 (1,7%) больной через 4 года выявлены метастазы в лимфатические узлы шеи с противоположной стороны. Степень распространенности первичной опухоли у этой больной соответствовала T2N1M0, гистологическая структура опухоли - фолликулярный рак. Первая операция была произведена в объеме гемитиреоидэктомии с истмусэктомией и футлярно-фасциальной диссекцией клетчатки шеи на стороне поражения. Этой больной выполнена повторная операция на лимфоузлах шеи в объеме футлярно-фасциальной диссекции. Кроме этого повторно оперированы 2 (3,4%) больных по поводу развития в оставшейся доле аденомы щитовидной железы через 4 и 6 лет после первой операции. У этих больных повторные операции выполнены в объеме субтотальной резекции оставшейся доли щитовидной железы. У 1 больной через 5 лет наблюдения выявлен рак молочной железы и еще у 1 больной через 6 лет обнаружен рак ободочной кишки. Этим больным проведено радикальное лечение. Умерло 2 больных от причин, не связанных с раком щитовидной железы. Показатель пятилетней выживаемости составил 96,7%.

Таким образом, повторные оперативные вмешательства, выполненные в ранние сроки после первой нерадикальной или неадекватной операции, дали лучшие отдаленные результаты, чем выполнение повторных операций по поводу развившихся рецидивов и метастазов. Так у больных, повторно оперированных через 1,5-2 месяца после первой операции, рецидивов и метастазов не было. При сроке наблюдения от 1 до 15 лет все больные живы. У больных, которым повторные операции выполнялись в отдаленные сроки по поводу рецидива и метастазов остаточных карцином, выполнение повторных операций сопровождалось значительными техническими трудностями из-за выраженности рубцового процесса, нарушения топографо-анатомических отношений тканей, кроме этого они отличались большим объемом, травматичностью и сложностью а это в свою очередь привело к развитию осложнений у 8 (24,2%) пациентов. В результате прогрессирования и генерализации процесса умерли 3 (9,1%) из 33 больных.

Вятский медицинский вестник, 2000, №1(6) Полученные данные говорят о необходимости выполнения повторных операций в ранние сроки после нерадикальных и неадекватных вмешательств.

Однако при анализе больных с обнаруженной при повторной операции остаточной опухолью, а также с рецидивами было установлено, что у всех 14 пациентов степень распространенности процесса соответствовала T2N0M0. Это свидетельствует о возможности отказаться от повторных операций у больных высококодифференцированным раком

щитовидной железы после неадекватных вмешательств, когда размер удаленной опухоли не превышает 1см, нет инвазии опухолью капсулы щитовидной железы, нет метастазов в регионарные лимфатические узлы и если опухолевый узел резецирован в пределах здоровых тканей. Эти больные должны находится под строгим диспансерным наблюдением.

#### Выводы

1. Остаточная раковая опухоль, рецидивы и метастазы при повторных операциях выявлены у 26,5% больных, подвергнутых ранее нерадикальным или неадекватным операциям, что свидетельствует о необходимости соблюдения более четких показаний к повторным операциям (без ущерба радикализму лечения).

2. При высокодифференцированном раке щитовидной железы, размером опухоли до 1см без инвазии капсулы щитовидной железы рецидив не возникает.

3. Повторные операции, выполненные в ранние сроки после нерадикальных и неадекватных вмешательств, сопровождаются меньшим числом послеоперационных осложнений, при этом возможно выполнение органосохраняющих реопераций типа гемитиреоидэктомии.

4. Наличие метастазов в паратрахеальных лимфатических узлах является показанием к выполнению фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи на стороне поражения.

#### Список литературы

1. Агеев И.С., Рак щитовидной железы онкоэндокринологическая проблема в условиях зобной эндемии. Архангельск. 1997.

#### Клиническая медицина

2. Анохин Б.М., Пропп Р.М., Органосохраняющие операции при первичном и рецидивном раке щитовидной железы. Сборник научных трудов под редакцией профессора В.О.Ольшанского. Москва,-1991,- с.119-122.

3. Ольшанский В.О., Сергеев С.А., Голубцов А.К. Ранняя диагностика онкологических заболеваний. - М., 1994,- с.95- 99.

4. Романчишен А.Ф. Клинико- патогенетические варианты новообразований щитовидной железы. Санкт-Петербург,- 1992.- с. 157-184.

5. Романчишен А.Ф., Акинчев А.П., Муштай И.А. Рак щитовидной железы и причины повторных операций при этом заболевании. //Юбилейный сборник научных трудов онкологического диспансера Санкт- Петербурга. -Санкт-Петербург. -1996,- с.257- 264.

6. Савенюк В.У., Огнерубов Н.А., Савенюк Э.В. Повторные операции у больных раком щитовидной железы после неадекватных операций. /, <Материалы 1 съезда онкологов СНГ. Москва. 1996.

7. Чиссов В.И. Ольшанский В.О. Трофимова Е.Ю. Новожилова Е.Н. Показания к повторным операциям при раке щитовидной железы. Российский онкологический журнал. -1998. - №1,- с.27-30.

R.Hedman J., Eassen J.. Cancer of the Thyroid Gland/New York, 1986.

TREATMENT OF PATIENTS WITH THYROID CANCER AFTER PARHAL RESECTIONS V. A. Zhuravlev . A. G. Kislichko, T.

A. Vedsizhev Kirov State Medical Academy

122 patients with thyroid cancer were studied in the Kirov Oncology Center. Of them, 63 patients underwent partial resections. 26.5% of these patients had recurrences and metastases. Recurrences did not occur if the tumor size was less than 1 cm. In 60 patients who underwent radiaresections recurrences occurred in 1.7% of patients. Secondary operative interventions which were performed soon after partial resections are characterized by better long-term outcomes.