

© ШЕВЧЕНКО С.П., БЕЛОБОРОДОВ В.А., ОЛИФИРОВА О.С., СААЯ А.Т.
МАНЬКОВСКИЙ В.А., ЕСЕЛЕВИЧ О.В.

ПРЕВЕНТИВНАЯ ДИСЕКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ТИРЕОИДНОМ РАКЕ

С.П. Шевченко, В.А. Белобородов, О.С. Олифирова, А.Т. Саая
В.А. Маньковский, О.В. Еселевич

МУЗ ГКБ №1 г. Новосибирска, гл. врач – В.Ф. Коваленко; Красноярская
государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;
Амурская государственная медицинская академия,
ректор – д.м.н., проф. В.А. Доровских.

Резюме. Представлены данные о 63 больных с высокодифференцированным раком щитовидной железы и недиагностированными региональными метастазами. Всем больным выполнено иссечение центральной клетчатки шеи. Микрометастазы в удаленных лимфатических узлах были в 52,4% наблюдений. Установлена корреляция между размером, локализацией, гистоструктурой опухоли и вероятностью метастазов. Микрометастазы не были обнаружены при опухоли расположенной в верхнем полюсе доли или перешейке щитовидной железы. Внедрение индивидуальной хирургической тактики может способствовать улучшению результатов лечения, выживанию и уменьшить вероятность рецидива рака щитовидной железы.

Рак щитовидной железы (РЩЖ) – наиболее часто встречающаяся онкопатология эндокринной системы. За последние 10 лет заболеваемость раком щитовидной железы возросла более чем в 2 раза. Прирост заболеваемости по некоторым регионам составляет до 300%. Заболеваемость в Российской Федерации в 2004 году составила 5,8 на 100 тысяч населения. Данное заболевание значительно чаще встречается у женщин, но в последнее время нередко выявляется и у мужчин (соотношение 3:1). На настоящий

момент окончательно не решен вопрос о показаниях, объеме оперативного вмешательства на лимфатическом аппарате шеи при высокодифференцированном РЩЖ. При РЩЖ эффективность лечения и прогноз заболевания зависят не только от распространенности процесса, но и от гистоструктуры и локализации опухоли в щитовидной железе. Наиболее часто выявляется папиллярный и фолликулярный РЩЖ. Такие формы отличаются относительно медленным ростом. При их раннем выявлении, адекватном лечении прогноз благоприятный. Десятилетняя выживаемость достигает 98% [1, 2, 3].

При высокодифференцированном РЩЖ частота выявления метастазов в шейные лимфоузлы достигает 70%. Регионарные метастазы возникают чаще у лиц молодого и среднего возраста (до 40 лет). Наибольшей способностью к лимфогенному метастазированию обладает папиллярный рак. В настоящее время принято выделять 6 уровней регионарного лимфогенного метастазирования РЩЖ. Такое разделение групп лимфатических узлов позволяет классифицировать варианты шейных лимфодиссекций. Наиболее часто поражаются лимфоузлы претрахеальной, паратрахеальной зон и области яремной вырезки (10,2-52,4%) – VI уровень метастазирования [4, 5].

Основным методом лечения больных с высокодифференцированным РЩЖ остается хирургический. При дооперационном выявлении метастатического поражения регионарных лимфоузлов обязательным этапом операции является лимфодиссекция.

У больных с высокодифференцированным РЩЖ при отсутствии клинических данных, свидетельствующих о метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов, профилактическая лимфодиссекция традиционно не выполняется. При этом в части случаев после проведения хирургического этапа лечения возникают регионарные метастазы. Причина этого заключается в трудностях дооперационной диагностики микрометастазов, прежде всего в лимфоузлах VI уровня метастазирования. Частота регионарных

метастазов зависит от размера опухоли. При опухолях более 3 см в диаметре и/или инвазии опухоли за 4 фасцию шеи (собственную фасцию ЩЖ) вероятность регионарного метастазирования возрастает в 3-4 раза. В настоящее время не существует абсолютно достоверного метода, «способного» выявить регионарные метастазы на доклиническом этапе [1, 4]. Поэтому проблема выполнения превентивных лимфодиссекций центральной клетчатки шеи у больных с высокодифференцированными формами РЩЖ является весьма актуальной.

Целью исследования явилось уточнение частоты выявления регионарных метастазом при превентивных лимфодиссекциях у больных с высокодифференцированным РЩЖ.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 63 больных с высокодифференцированным РЩЖ, у которых на дооперационном этапе не были верифицированы регионарные метастазы, в хирургических отделениях Новосибирской городской клинической больницы №1, Красноярской краевой клинической больницы, Амурской областной клинической больницы. Среди них было 58 женщин (92,1%) и 5 мужчин (7,9%). Возраст больных составил 17 – 70 (медиана – 49,3) лет. Объем выполненных операций на щитовидной железе: гемитиреоидэктомия с истмусэктомией (5), субтотальная или предельно-субтотальная резекция ЩЖ (15) или тиреоидэктомия (43). Мобилизацию щитовидной железы проводили эпифасциально с обязательной предварительной визуализацией возвратных нервов. У всех больных выполняли превентивную диссекцию претрахеальной, паратрахеальной клетчатки и клетчатки яремной вырезки. Клетчатку удаляли вдоль расположения возвратных нервов, от места их «вхождения» в гортань до верхней грудной апертуры.

Результаты и обсуждение

При проведении планового гистологического исследования у 49 больных верифицирован папиллярный РЩЖ, у 14 – фолликулярный РЩЖ. Метастазы в удаленной клетчатке обнаружены у 33 из 63 (52,4%) больных.

Проведен анализ полученных результатов хирургического лечения с учетом гистоструктуры, размера и локализации «первичного» опухолевого очага в ткани щитовидной железы.

В зависимости от гистологического строения «первичной» опухоли установлена определенная закономерность частоты регионарного метастазирования в лимфоузлы центральной клетчатки шеи. При папиллярном раке выявлены регионарные метастазы у 31 из 48 (64,6%) больных, при фолликулярном раке метастазы в лимфоузлах обнаружены у 2 из 15 (13,3%) больного.

При разных размерах «первичной» папиллярной опухоли вероятность выявления регионарных метастазов также отличается. При опухоли до 1 сантиметра (T_1) метастазы папиллярного рака обнаружены в 25% случаев (у 3 из 12 больных), при опухоли от 1 до 4 сантиметров (T_2) - в 69,6% случаев (у 16 из 23 больных), при размере опухоли более 4 сантиметров и при её распространении за капсулу щитовидной железы (T_3 , T_4) метастазы в центральной клетчатке шеи обнаружены в 92,3% (у 12 из 13).

Частота поражения метастазами лимфоузлов центральной клетчатки шеи зависит и от локализации опухоли в ткани ЩЖ. При расположении «первичной» опухоли только в верхнем полюсе (8 больных) метастазы в центральной клетчатке были установлены только в одном (12,5%) случае. При локализации опухоли в средней трети или нижнем полюсе доли щитовидной железы, в перешейке частота метастазирования составила 58,8% (у 30 из 51). В остальных 4 наблюдениях отмечен мультицентричный рост опухоли в разных отделах ЩЖ. Из них у 2 (50%) больных выявлены метастазы.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что при высокодифференцированном РЩЖ более, чем в половине случаев (52,4%)

встречаются метастазы в лимфоузлах центральной клетчатки шеи. При папиллярном раке частота регионарного метастазирования наблюдается наиболее часто и составляет 64,6%. У больных папиллярным РЩЖ при отсутствии клинической симптоматики лимфаденопатии показано выполнение диссекции центральной клетчатки шеи при больших размерах опухоли (более 4-х сантиметров) или при распространении ее за собственную фасцию ЩЖ, а также при локализации опухоли в нижний отделах или перешейке ЩЖ.

Литература

1. Втюрин Б.М., Ильин А.А., Румянцев П.О. и др. Превентивное оперативное вмешательство на центральном лимфатическом коллекторе шеи при дифференцированном раке щитовидной железы // Акт. Вопр. совр. эндокринологии: тез. IV Всерос. конгр. эндокринологов. – СПб, 2001. – С. 284.
2. Романчишен А.Ф. Колосюк В.А., Багатурия Г.О. Рак щитовидной железы – проблемы эпидемиологии, этиопатогенеза и лечения. – СПб.: изд-во «Welcome», 2003. – 256с.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2005. – 184с.
4. Giamanco M., Cimino G. Lymphadenectomy in well differentiated thyroid carcinoma // *Minerva Chir.* – 2001. – Vol. 56, N 1. – P 77-84.
5. Tissell L. E. Role of lymphadenectomy in the treatment of differentiated thyroid carcinomas // *Brit. J. Surg.* – 1998. – Vol. 85, N 8. – P. 1025-1026.

**PREVENTIVE CORETRACTION OF CENTRAL FAT OF NECK AT
DIFFERENTIATED CANCER OF THYROID GLAND**

S.P. Shevchenko, V.A. Beloborodov, O.S. Olifirova, A.T. Saaja,
V.A. Mankovskij, O.V. Eselevich

Clinical hospital №1 Novosibirsk state, Krasnoyarsk state medical academy,
Amur state medical academy

The data of 63 patients by the differentiated cancer of a thyroid gland with not diagnosed regional metastasises are submitted. All patient executes removal of the central fatty neck. Micrometastasises in the removed lymph nodes were in 52,4% of supervision. Correlation between the size, localization, features of morphology of a tumour and probability of metastasises has been established. Micrometastasises were not found at a swelling of the lobe, arranged in the upper pole, or isthmus of a thyroid gland. The intrusion of personal surgical tactics can promote improvement of outcomes of treatment, of survival and to reduce probability of a relapse of a cancer of a thyroid gland.