

В. В. Хвостовой, М. Д. Сычев, И. Л. Киселев, В. Е. Романищев, А. А. Минаков

РАСШИРЕННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии (зав. — проф. М. Д. Сычев) Курского государственного медицинского университета

Рассмотрено хирургическое лечение местно-распространенного рака щитовидной железы (РЩЖ) в виде расширенных, комбинированных и повторных оперативных вмешательств. Данные различных исследований не дали пока определенных ответов на вопросы о показаниях, хирургической технике, ближайших и отдаленных результатах таких операций при местно-распространенном раке. Проанализированы результаты лечения 770 больных РЩЖ, находившихся на лечении в Курском областном онкологическом диспансере в 1997—2008 гг. Местное распространение карцином выявлено у 157 (20,38%) больных. Показано, что хирургический метод, зачастую сложный в техническом исполнении, позволяет у всех пациентов продлить жизнь и улучшить ее качество.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, тиреоидэктомия, расширенные и комбинированные операции

EXTENDED AND COMBINED OPERATIONS IN THE TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED THYROID CANCER

V. V. Khvostovoy, M. D. Sychev, I. L. Kiselev, V. E. Romanishchev, A. A. Minakov

Department of Oncology, Kursk State Medical University

The paper considers surgical treatment as extended, combined, and repeated surgical interventions for locally advanced thyroid cancer (TC). Different studies have failed to give certain answers to the questions about indications for, surgical techniques, immediate and late results of such operations for locally advanced cancer. The results of treatment were analyzed in 770 patients with TC treated at the Kursk Regional Oncology Dispensary in 1997—2008. Locally advanced carcinomas were found in 157 (20.38%) patients. The surgical method that is commonly difficult-to-use was shown to prolong life and improve its quality.

Key words: thyroid cancer, thyroidectomy, extended and combined operations

Местно-распространенный рак щитовидной железы (РЩЖ) по данным литературы составляет 8—25% среди злокачественных опухолей этого органа [2, 5, 7, 10]. Местное распространение может быть обусловлено поздним обращением пациентов, а также ошибочной и поздней диагностикой. Согласно традиционным представлениям в онкологии к местно-распространенным новообразованиям ЩЖ относят опухоли, которые сопровождаются инвазией окружающих анатомических структур первичной опухолью, а также обширным лимфогенным распространением с метастатическим поражением лимфатических узлов средостения и шеи с обеих сторон [1, 4, 7].

Преимущественно местный рост большинства опухолей ЩЖ определяет главенствующую роль хирургического метода в лечении этих больных. По данным Е. А. Валдиной [2], примерно 1/3 больных папиллярным РЩЖ умирают, не имея отдаленных метастазов. Выбор тактики лечения местно-распространенных и так называемых запущенных форм РЩЖ затрудняется нередко тяжестью состояния пациентов; последнее обусловлено как опухолевым процессом, так и пожилым возрастом многих больных и наличием множества сопутствующих заболеваний и осложнений самой опухоли [1, 11]. В связи с этим до сих пор не решен вопрос о выборе объема хирургического вмешательства при местно-распространенных опухолях ЩЖ, который варьирует от радикальных операций, включающих удаление жизненно важных анатомических образований — гортани, трахеи, пищевода, крупных сосудов шеи и средостения до ми-

нимальных пособий в виде трахеостомии с биопсией или паллиативного химиолучевого лечения [12, 13]. Радикальные операции отличаются повышенной сложностью, но именно они дают больному шанс на излечение и часто ликвидируют тяжелые расстройства жизненно важных функций организма, в первую очередь дыхания [4—6]. При хирургическом лечении РЩЖ остаются нерешенными вопросы о показаниях, хирургической технике, ближайших и отдаленных результатах при повторных, расширенных и комбинированных вмешательствах [10, 11].

Целью настоящего исследования явился анализ выполнения расширенных и комбинированных операций при местно-распространенном дифференцированном РЩЖ.

Проанализированы результаты лечения 770 больных РЩЖ, находившихся на лечении в Курском областном онкологическом диспансере в 1997—2008 гг. Тиреоидэктомию производили при мультицентричном раке, медуллярной карциноме, во всех случаях распространения опухоли за пределы органа, обуславливающих необходимость дальнейшего лечения радиоактивным йодом.

В наших наблюдениях местное распространение карцином отмечалось у 157 больных, что составило 20,38% всех случаев РЩЖ. Было выполнено 32 комбинированных и 110 расширенных операций, а 15 вмешательств сочетали в себе комбинированные и расширенные операции. У 64 больных операции выполнены повторно в сроки от 3 мес до 15 лет от первичной операции. Такой высокий процент случаев местно-распространенного рака обусловлен тем, что в Курский областной онкологический диспансер поступают наиболее сложные больные. В классификации хирургических вмешательств исходили из традиционных критериев [4, 7]. К комби-

Для корреспонденции: *Хвостовой Владимир Владимирович*, канд. мед. наук, доц. каф. онкологии КГМУ; e-mail: xv555@rambler.ru

нированным относили операции с частичным или полным удалением окружающих анатомических структур, пораженных первичной опухолью. К расширенным относили вмешательства, при которых лимфатические коллекторы удаляли шире, чем в принятых стандартных лимфодиссекциях (двусторонняя шейная лимфодиссекция, операция Крайла и типа Крайла, медиастинальная лимфодиссекция).

Принципиальным подходом к лечению этих больных была одномоментная операция в объеме тиреоидэктомии и вмешательства на лимфатическом аппарате с последующим лечением радиоактивным йодом в медицинском радиологическом научном центре Обнинска и супрессивной гормональной терапией. Среди пациентов местно-распространенным РЩЖ было 38 (24,2%) мужчин и 119 (75,8%) женщин. Средний возраст больных был равен $56,1 \pm 4,5$ года и колебался от 17 до 73 лет, т. е. большую часть больных составляли лица в возрасте 50—60 лет. Около 1/3 больных с местно-распространенными формами РЩЖ были старше 60 лет (51 больной; 32,48%). При гистологическом исследовании папиллярный рак выявлен у 141 (89,80%) больного, фолликулярный рак — у 12 (7,64%), медулярный рак — у 4 (2,56%) больных. Послеоперационная летальность в этой группе составила 1,28% (2 пациента).

Лечение больных местно-распространенным РЩЖ представляет собой сложную задачу. Считаем, что операция по-прежнему играет основную роль при лечении данной патологии. Выбор лечебной тактики определяли индивидуально с учетом целого ряда факторов. При оценке показаний к оперативному вмешательству учитывали характерные для РЩЖ прогностические факторы: пол, возраст, при повторных вмешательствах объем предшествующей операции, гистологическое строение опухоли, а также данные объективного обследования. Для оценки степени распространения опухоли использовали компьютерную томографию шейного отдела трахеи, магнитно-резонансную томографию шеи, эндоскопический осмотр гортани, трахеи, глотки и пищевода. Перечисленные исследования позволяют убедиться в выполнимости оперативного вмешательства, возможность которого в значительной степени зависит от характера вовлечения в опухолевый процесс трахеи, пищевода и крупных сосудов [14].

При выполнении расширенных и комбинированных операций на органах шеи мы применяли комплекс разработанных и внедренных в клинику методик. При повторных операциях по поводу местно-распространенного РЩЖ резко возрастает опасность повреждения возвратных нервов и паращитовидных желез. Они могут быть припаяны к опухолевому узлу, а в случаях повторных операций плохо дифференцируются среди рубцов. Если опухоль не прорастала возвратный нерв, мы всегда сохраняли его анатомическую целостность. Во всех случаях применялась усовершенствованная методика экстрафасциальных операций с визуальным выделением и сохранением возвратных гортанных нервов и паращитовидных желез как способ профилактики специфических послеоперационных осложнений в ситуациях повышенной категории сложности (повторные операции, загрудинные и парависцеральные опухоли, рак с критериями T3 и T4). Данная методика позволила снизить частоту односторонних парезов возвратных гортанных нервов до 7,64% (12 случаев), что по сравнению с данными литературы при местно-распространенном раке является хорошим результатом [3, 7, 9].

Серьезные трудности встречались при повторных операциях по поводу регионарного рецидива. Они связаны в первую очередь с рубцовыми сращениями метастатических узлов с крупными сосудами. Чаще всего отмечалась интимная связь рецидивной опухоли со стенкой внутренней яремной вены. Выделение ствола общей сонной артерии, как правило, не представляло больших трудностей. При расширенных и повторных операциях принципиально важным считаем начинать выделение элементов главного сосудистого пучка шеи в неизмененных тканях. При этом прежде всего следует убедиться в том, что общая сонная артерия может быть отделена от опухоли. При планировании операции по поводу обширного рецидива РЩЖ мы всегда допускали возможность пластики сосудов. При массивных конгломератах шейных метастазов удаление внутренней яремной вены с одной стороны (операция Крайла или типа Крайла) выполнена в 12 (9,60%) случаях из всех 125 случаев боковых лимфодиссекций. В остальных случаях выполняли боковую шейную лимфодиссекцию с одной и/или с обеих сторон, а при ограниченном прорастании внутренней яремной вены метастазом рака — с пристеночной резекцией и сосудистым швом внутренней яремной вены. При левосторонней боковой лимфодиссекции и операции Крайла слева для профилактики повреждения грудного лимфатического протока выполняли тампонирование яремно-подключичного венозного угла трансплантатом из лопаточно-подъязычной мышцы (патент РФ на изобретение № 2328985). При расширенной лимфодиссекции с денудацией общей и/или внутренней сонной артерии для направленной регенерации тканей измененной сосудистой стенки в целях профилактики аррозийных кровотечений использовали дополнительную герметизацию мембранами из аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами (патент РФ на изобретение № 2330684). У 2 больных с массивным метастатическим поражением зааксессуарных лимфатических узлов у основания черепа при выполнении операции Крайла возникло кровотечение из верхнего конца внутренней яремной вены в месте выхода ее из черепа. Это весьма сложная ситуация, так как нет возможности наложения зажима на короткий центральный отрезок вены. В наших случаях кровотечение было быстро и успешно остановлено тампонированием зоны овального отверстия культей грудино-ключично-сосцевидной мышцы, предварительно специально выкроенной у сосцевидного отростка (патент на изобретение № 2331371).

Инвазия в трахею и пищевод у больных дифференцированным РЩЖ наблюдается редко. Однако, с учетом возможности возникновения угрожающих жизни осложнений и ограниченных возможностей нехирургических методов лечения, в данных ситуациях при отсутствии признаков отдаленных метастазов необходимо выполнять резекцию опухоли [6, 8]. Показания к операции должны учитывать не только техническую возможность резекции опухоли, но и общее состояние пациента. В зависимости от распространенности инвазии, хирургическая стратегия может варьировать от окончательной резекции трахеи до комплексной ларинготрахеальной и фарингоэзофагеальной резекции. Комбинированная тиреоидэктомия с "бреющей" резекцией при инвазии трахеи и гортани выполнена нами у 14 больных, когда опухоль не выходила за пределы адвентициального или хрящевого слоя гортани и трахеи. При прорастании хрящей трахеи у 3 больных произведена комбинированная тиреоидэктомия с окончательной резекцией 4—6 колец трахеи с пла-

стикой мышечными трансплантатами по прецизионной методике, предупреждающей развитие рубцового стеноза трахеи. У 1 больного осуществляли комбинированную тиреоидэктомию с циркулярной резекцией 5 колец трахеи с наложением ларинготрахеального анастомоза. У 2 больных выполнена комбинированная тиреоидэктомия с ларингэктомией, у 1 — комбинированная тиреоидэктомия с ларингэктомией и резекцией шейного отдела пищевода с отсроченной пластикой. Формирование глоточно-пищеводного анастомоза проводили по запатентованной методике (патент РФ на изобретение № 2331375).

Повторные расширенные и комбинированные оперативные вмешательства, по поводу рецидивов рака выполнены у 64 больных, т. е. в 40,76% всех случаев хирургического лечения местно-распространенного РЩЖ, 5 пациентов оперированы трижды. Среди повторно оперированных пациентов было 15 (23,43%) мужчин и 49 (76,57%) женщин. Повторные вмешательства были обусловлены следующими причинами:

- обнаружением опухоли в ложе удаленной доли или узла в тиреоидном остатке, одновременно метастазирующей в боковые лимфатические узлы шеи. Таких наблюдений было 9. Во всех случаях удаляли рецидивную опухоль, объем операции доводили до тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией и боковой шейной лимфодиссекцией на стороне поражения лимфатических узлов;
- возникновением шейных лимфогенных метастазов на стороне опухоли после адекватных операций и появлением метастазов в шейных лимфатических узлах на контралатеральной стороне после ипсилатеральной боковой шейной лимфодиссекции или без нее. Таких наблюдений было 29 в первом случае и 10 во втором случае. В настоящее время большую часть этих пациентов составляют больные, ранее оперированные в других учреждениях;
- появлением метастазов в лимфатических узлах средостения. В таких ситуациях мы применяли медиастинальную лимфодиссекцию путем продольной частичной стернотомии (8 наблюдений);
- повторным возникновением метастазов на шее после лимфодиссекции.

В наших наблюдениях было 8 таких пациентов — 1 мужчина и 7 женщин. Повторные метастазы в 4 случаях возникали в подчелюстной области или в верхней трети шеи, в 2 случаях — в надключичной области и в 1 случае — в средостении после стернотомии. Выполняемая повторная операция была атипичной и заключалась в удалении метастатических узлов.

Послеоперационная летальность в группе больных, перенесших расширенные и комбинированные операции по поводу местно-распространенного РЩЖ, составила 1,28%. В раннем послеоперационном периоде умерли 2 пациента. Причинами смерти в этих случаях являлись тромбоэмболия легочной артерии и карциноидный синдром при не диагностированной до операции генерализации медуллярного РЩЖ в виде множественных милиарных метастазов в легких, печени, надпочечниках.

При наблюдении в сроки от 1 года до 10 лет возникновение гематогенных метастазов наблюдалось у

8 (5,1%) пациентов из 155 выживших после операции, 2 из них погибли от генерализации процесса, рефрактерного к радиойодтерапии. Резектабельный местный рецидив в виде небольшого узла в зоне оперативного вмешательства обнаружен у 6 (3,87%) пациентов, они повторно оперированы и живы, признаков рецидива не отмечается. Нерезектабельный рецидив в зоне оперативного вмешательства через 1—2 года после операции стал причиной смерти 2 (1,29%) больных. Оставшиеся под наблюдением пациенты живы в сроки от 1 года до 10 лет после операции.

Таким образом, комбинированные, расширенные и повторные операции при дифференцированном РЩЖ (включая формы со значительным местным распространением) обеспечили выздоровление или значительное продление жизни большинству больных, которые нередко рассматриваются как инкурабельные. В случае рецидивирования дифференцированных форм РЩЖ наиболее эффективным является хирургическое лечение, которое обеспечивает выздоровление большинства пациентов. Несмотря на травматичность, не вызывает сомнений целесообразность выполнения расширенных операций при прорастании рецидивной опухоли в трахею и гортань. Хорошо спланированные операции при указанной степени распространения процесса позволяют надеяться на вполне удовлетворительный результат.

Хирургическое лечение местно-распространенного РЩЖ следует выполнять профессионалам, специализирующимся на соответствующих операциях и оперирующим ежегодно большое число пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барчук А. С. // *Практ. онкол.* — 2007. — Т. 8, № 1. — С. 35—41.
2. Валдина Е. А. *Заболевания щитовидной железы.* — СПб., 2006.
3. Липская Е. В., Романчишен А. Ф., Колосюк В. А. // *Вестн. хир.* — 2004. — Т. 163, № 1. — С. 11—15.
4. Пачес А. И. *Опухоли головы и шеи.* — М., 2000. — С. 379—407.
5. Романчишен А. Ф., Романчишен Ф. А. // *Вестн. хир.* — 2005. — Т. 165, № 3. — С. 31—36.
6. Czaia J., McCaffrey T. // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 1997. — Vol. 123. — P. 484—490.
7. Dralle H., Brauckhoff M., Machens A., Gimm O. // *Textbook of endocrine surgery / Eds O. H. Clark et al.* — 2-nd. — Philadelphia, 2005. — P. 318—333.
8. Esnaola N. F., Cantor S. B., Sherman S. I. et al. // *Surgery.* — 2001. — Vol. 130, N 6. — P. 921—930.
9. Hartl D. M., Travagli J. P., Leboulleux S. et al. // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2005. — Vol. 90. — P. 3084—3088.
10. Hodgson N. C., Button J., Solorzano C. C. // *Ann. Surg. Oncol.* — 2004. — Vol. 11. — P. 1093—1097.
11. Machens A., Hinze R., Lautenschlager C. // *Thyroid.* — 2001. — Vol. 11. — P. 381—384.
12. Machens A., Hinze R., Thomusch O., Dralle H. // *World J. Surg.* — 2002. — Vol. 26. — P. 22—28.
13. Scheumann G. F., Gimm O., Wegener G. et al. // *World J. Surg.* — 1994. — Vol. 18. — P. 559—568.
14. Shimamoto K., Satake H., Sawaki A. et al. // *Eur. J. Radiol.* — 1998. — Vol. 29. — P. 4—10.

Поступила 27.12.10