ДИССЕКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – НЕОБХОДИМОСТЬ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРЕВЕНТИВНОГО ПОДХОДА

**С.П. ШЕВЧЕНКО^{1,2}, С.В. СИДОРОВ^{1,2}, А.А. ДЫМОВ², П.А. ТАРАНОВ²,
Е.В. БОРОДУЛИНА²**

*Новосибирский государственный университет¹
МБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск²*

Если при наличии до- и интраоперационных данных о метастатическом поражении лимфоузлов центральной клетчатки шеи (ЦКШ) показания к лимфодиссекции практически определены, то необходимость последней в превентивном варианте вызывает множество вопросов. Учитывая большой процент субклинических метастазов в лимфоузлах VI уровня, большинство членов Согласительной комиссии проекта национальных рекомендаций по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы (РЩЖ) рекомендуют их превентивное удаление.

Цель исследования – обосновать необходимость дифференцированного подхода к выполнению превентивной диссекции ЦКШ при РЩЖ.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 90 пациентов с дифференцированным РЩЖ. Женщин было 82 (91,1%), мужчин – 8 (8,9%). Возраст от 17 до 71 года (средний возраст – 45 лет). Всем больным выполнялась экстрафасциальная тиреоидэктомия с превентивной диссекцией ЦКШ.

Результаты. После завершения гистологического исследования выявлено, что папиллярный рак встречался в 78 (86,7 %) случаях, фолликулярный – в 12 (13,3 %). У 50 (55,6%) пациентов отмечено метастатическое поражение лимфоузлов ЦКШ. При анализе групп по гистологическому варианту опухоли выявлено: фолликулярный рак – 16,7% (2 больных из 12), папиллярный рак – 61,5% (48 пациентов из 78). Таким образом, необходимость превентивной диссекции ЦКШ при фолликулярном РЩЖ без применения дополнительных интраоперационных методов исследования подвергается сомнению.

При анализе частоты метастатического поражения папиллярного рака в лимфоузлы VI уровня, в зависимости от локализации опухоли в доле (n=24), выявлена следующая закономерность: при локализации опухоли в верхнем полюсе доли (2 случая) – метастазов в центральной клетчатке не найдено; при поражении средней трети – метастазы выявлены в 84,6% (11 случаев из 13); при расположении в нижней трети – метастазы выявлены в 77,8% (7 случаев из 9). Частота метастазирования в лимфоузлы ЦКШ зависит и от характеристики первичной опухоли по символу T (TNM, 2002 г.): при T₁ – 40% (10 случаев из 25); при T₂ – 64,1% (25 случаев из 39); при T₃, T₄ – 92,9% (13 случаев из 14).

С целью дополнительной диагностики у 15 пациентов было применено интраоперационное контрастирование: у 7 (46,7%) больных были выявлены метастазы в «сторожевом» и при последующем гистологическом исследовании в «несторожевых» лимфоузлах центральной клетчатки шеи; у 7 (46,7%) пациентов – метастазы отсутствовали в обеих группах, в 1 (6,6%) случае имелся ложноотрицательный результат. Общая информативность интраоперационной лимфографии составила 93,4%.

Выводы. Превентивная диссекция ЦКШ абсолютно показана при папиллярном РЩЖ при опухолях T₃, T₄ (по TNM от 2002 г.) и локализации последней в средней и нижней трети доли щитовидной железы. В остальных случаях, а также при наличии фолликулярного РЩЖ, показания к вмешательству на VI уровне регионарного метастазирования следует определять после получения результатов интраоперационной диагностики.