

© Г.О.Багатурия, 2010
УДК 616.441-006.6-031.84-089

Г.О.Багатурия

ДВУХЭТАПНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и военно-полевой хирургии ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия», Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии (зав. кафедрой и центром — проф. А.Ф.Романчишен)

Ключевые слова: рак щитовидной железы, местное распространение, хирургическое лечение, двухэтапный метод.

Введение. В вопросах хирургического лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) остаются ряд нерешенных и дискуссионных вопросов. В особенности это касается местно-распространенных или так называемых «запущенных» форм опухолей. Согласно традиционным представлениям, к местно-распространенному РЩЖ относят формы, при которых первичная опухоль инвазирует окружающие органы и ткани, а также случаи двустороннего метастатического поражения шейных лимфатических узлов и(или) метастазы в лимфатических узлах средостения [7, 19]. Частота местно-распространенных форм РЩЖ, по данным литературы, колеблется от 8 до 25% [8, 9, 11, 20].

Рекомендации по поводу хирургического лечения больных с такими опухолями варьируют от суперрадикальных операций до минимальных хирургических вмешательств с преимущественным использованием лучевого и лекарственного лечения. Известно, что дифференцированные формы РЩЖ (в особенности папиллярная карцинома) протекают относительно медленно [3, 20]. Эти опухоли часто реагируют на терапию радиоактивным йодом, поэтому максимальное удаление опухолевой ткани потенциально повышает эффект дальнейшей лучевой терапии [4, 15]. Кроме того, по данным многих исследователей, основной причиной смерти больных является местное прогрессирование опухолей [8, 16, 18]. Эти данные убеждают в целесообразности активного хирургического подхода.

С другой стороны — пациенты с местно-распространенным РЩЖ часто представлены лицами пожилого возраста, отягощенными множественными сопутствующими заболеваниями [2, 10].

Такие больные тяжело переносят любое хирургическое вмешательство. Кроме того, операции при местно-распространенном РЩЖ весьма обширны и травматичны, продолжительны по времени, затрагивают более одной анатомической области, нередко включают в себя резекции или удаления жизненно важных органов [9, 11, 18]. Так, средняя кровопотеря при операции Крайла составляет (506 ± 42) мл, при экстирпации гортани — $(399 \pm 29,1)$ мл, что превышает таковую, например, при экстирпации и резекции желудка [1], т.е. пациенты с местно-распространенным РЩЖ представляют собой группу «высокого операционного риска».

До сегодняшнего дня не существует точного определения понятия «операционный риск» и его критериев, существуют много различных классификаций. В особенности сложна оценка переносимости операции у онкологического пациента, что может быть связано со специфическим действием опухоли на организм, предоперационным лучевым или химиотерапевтическим лечением [1, 2].

Выраженная компрессия дыхательных путей, особенно существующая длительно, большие размеры удаляемой низкодифференцированной опухоли, сдавление возвратных нервов новообразованием создают высокую вероятность развития дыхательной недостаточности и асфиксии [8, 13] в раннем послеоперационном периоде. Поэтому ряд авторов рекомендуют наложение превентивной трахеостомы в качестве первого этапа операции, что предупреждает острую дыхательную недостаточность [5, 12, 17]. Указанная процедура позволяет частично компенсировать нарушенные жизненно важные функции организма и подготовить пациента к тяжелому вмешательству. Обширные хирургические вмешательства при местно-распространенном РЩЖ нередко сопро-

Виды хирургических вмешательств в изученной группе

Вид операции	Число наблюдений		Частота (%) среди 2115 оперированных больных с РЩЖ
	Абс.	%	
Двусторонняя боковая шейная лимфаденэктомия и тиреоидэктомия	216	85,6	9,9
Расширенно-комбинированные операции	140	58,9	6,8
Шейно-медиастинальная лимфаденэктомия и тиреоидэктомия	25	10,1	1,2
Всего	246	—	11,6

Примечание. Число наблюдений превышает число больных, поскольку у ряда из них хирургические вмешательства были повторными или шейные лимфаденэктомии сочетались с медиастинальными.

вождаются высоким уровнем послеоперационной летальности и осложнений — от 8,8 до 26,5% [6, 16].

Несмотря на обширность и травматичность комбинированных и расширенных операций, многие авторы рекомендуют выполнять эти вмешательства одномоментно [13–15]. При этом небольшое число авторов полагают, что в ряде случаев следует пытаться разделять большие вмешательства на этапы, при выраженных нарушениях жизненно важных функций организма у больных пожилого возраста и при большой массе опухолевой ткани с обширной инвазией [8, 18] окружающих органов и тканей.

Материал и методы. В работе изучены непосредственные и отдаленные результаты 246 расширенных операций, включавших, помимо тиреоидэктомии, лимфаденэктомии в объеме, превышавшем традиционные схемы (т.е. двусторонние центральные и боковые шейные и/или медиастинальные лимфаденэктомии). Среди больных было 189 (76,8%) женщин и 57 (23,2%) мужчин. Возраст пациентов колебался от 13 до 74 лет и в среднем составил $(53,7 \pm 2,6)$ года. Распространение метастазов РЩЖ, соответствующее градации N1b и требующее расширенных хирургических вмешательств, было выявлено у 49 пациентов с первичной опухолью в стадии T1–3 и в 197 наблюдениях — при опухолях в стадии T4.

В 140 (24,1%) случаях операции носили смешанный характер, т.е. были комбинированными и расширенными одновременно. Эти вмешательства выполнялись при T4N1b. В 7 наблюдениях при обширном местном распространении рака операции признаны паллиативными, равно как у 18 больных с отдаленными метастазами, поскольку опухоль и/или метастазы были удалены не полностью.

У пациентов с папиллярной карциномой необходимость в расширенных операциях отмечена в 9,4% наблюдений, при фолликулярном раке такие вмешательства потребовались у 12,3%, а при медулярной карциноме — у 26,4% больных. У 390 (84,1%) из 464 пациентов с местно-распространенным РЩЖ хирургические вмешательства выполнялись одномоментно. У 74 (15,9%) больных хирургическое лечение было разделено на два этапа: через 2–3 мес после комбинированного удаления первичной опухоли выполнялась расширенная лимфаденэктомия или после комбинированной операции с односторонней шейной диссекцией производилась лимфаденэктомия с другой стороны или медиастинальная лимфаденэктомия. Такое решение принималось из-за

пожилого возраста больных, страдавших множеством сопутствующих заболеваний, при обширном распространении первичной опухоли с инвазией окружающих органов и тканей и поражением лимфатических узлов на шее с двух сторон и в средостении. Для выяснения эффективности и правомерности подобной тактики были оценены непосредственные и отдаленные результаты лечения двух подгрупп больных, отличавшихся в основном лишь возрастом.

Результаты и обсуждение. Большая часть расширенных вмешательств была представлена двусторонними лимфаденэктомиями (216, или 85,6% наблюдений). В 140 (58,9%) случаях метастазы и(или) первичная опухоль инвазировали окружающие органы, поэтому операции были расширенно-комбинированными (таблица).

В большинстве наблюдений для хирургической эрадикации опухолей и регионарных метастазов при расширенных операциях применялся шейный доступ. В последние два десятилетия для шейной лимфаденэктомии в клинике стал применяться зигзагообразный разрез кожи (рис. 1).

Такой доступ в большей степени, по сравнению с вертикальным, соответствовал линиям Лангера на шее и передней поверхности груди, что

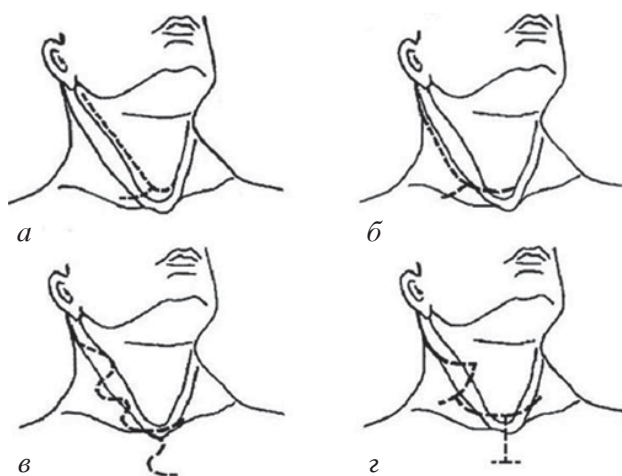


Рис. 1. Доступы (а–г) для шейной и медиастинальной лимфаденэктомии, применявшиеся в клинике.

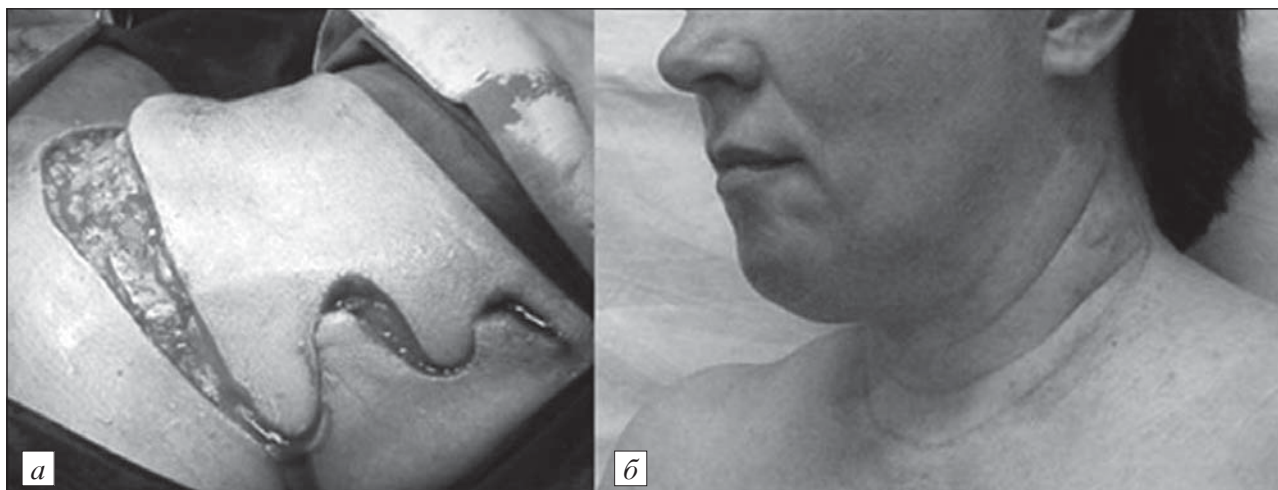


Рис. 2. Зигзагообразный разрез кожи для шейной лимфаденэктомии.

а — вид во время операции; б — отдаленный результат.

практически всегда обеспечивало хороший косметический результат (рис. 2, 3). Данная методика зигзагообразного кожного разреза разработана в клинике А.Ф.Романчишена (1992) и защищена авторским свидетельством № 103847201/44 (003587).



Рис. 3. Косметический результат после применения зигзагообразного доступа на шее.

При расширенно-комбинированных операциях (шейных диссекциях с иссечением окружающих тканей) у большинства пациентов резецировали мышцы шеи и яремную вену. Иссечение верхних отделов пищеварительного тракта и дыхательных путей понадобились редко, так же как и нервных стволов.

Из 83 пациентов со средним возрастом ($47,8 \pm 1,1$) года, перенесших одноэтапные вмешательства по поводу обширного местного распространения РЩЖ, в раннем послеоперационном периоде погибли 4 (4,8%). Причинами смерти были острый инфаркт миокарда (у 1), тромбоэмболия легочной артерии (у 2), острая сердечно-сосудистая недостаточность (у 1). В подгруппе из 74 пациентов старшего возраста — ($63,9 \pm 0,9$) года с примерно таким же распространением рака и оперированных в два этапа послеоперационная летальность отсутствовала. Различия в возрасте больных в подгруппах было статистически значимым ($p < 0,05$).

В подгруппе больных, перенесших одномоментные обширные хирургические вмешательства, специфические осложнения имели место у 5 (6%) пациентов. Это были повреждения одного возвратного нерва — у 3 (3,6%), двух возвратных нервов — у 1 (1,2%), транзиторный гипопаратиреоз — у 2 (2,4%). Из неспецифических послеоперационных осложнений: кровотечение, лимфоррея и раневая инфекция наблюдались у 2 (2,4%) больных каждое. Из других осложнений следует назвать повреждение симпатического ствола (1 наблюдение), что проявилось постоянным или временным синдромом Горнера, повреждение подъязычного нерва (1 наблюдение), что привело к транзиторному сглаживанию носо-

губной складки и парезу мышц языка. Ещё в одном наблюдении отмечен пищеводный свищ. У больных, перенесших двухэтапные операции, частота специфических послеоперационных осложнений была достоверно ($p < 0,05$) ниже и составила 2,7% (против 6%). Это были по одному наблюдению односторонний парез возвратного нерва и гипопаратиреоз. Из неспецифических осложнений наблюдалось по одному случаю кровотечения и нагноение операционной раны.

Показатели выживаемости после одномоментных и двухэтапных хирургических вмешательств практически не различались. В подгруппе из 83 пациентов, перенесших одномоментные операции, 5-летняя выживаемость была равна 80,4%, 10-летняя — 76,2%. У 74 больных, перенесших двухэтапные хирургические вмешательства, эти показатели составили соответственно 78,5 и 73,4%.

Выводы. 1. Для больных с дифференцированным РЩЖ высокого операционного риска с распространённым регионарным метастазированием опухоли оправдано двухэтапное хирургическое лечение. Оно предполагает тиреоидэктомию вместе с центральной и боковой лимфаденэктомией как первый этап. Лимфаденэктомия с другой стороны шеи и(или) трансстеральная лимфаденэктомия допустимы через 2–3 мес корригирующей терапии.

2. Такой подход не ухудшал отдаленных результатов лечения и снижал послеоперационную летальность и частоту послеоперационных осложнений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Александров Н.Н., Суковатых Л.С., Фрадкин С.З., Чехова Е.И. Операционный риск и интенсивная терапия в онкологической клинике.—Минск: Беларусь, 1976.—160 с.
- Беляков П.Д., Сгибнева Е.В., Конюхова О.Н. Риск хирургических операций и наркоза у онкологических больных пожилого возраста: Метод. реком.—М.: МЗ РСФСР, 1984.—17 с.
- Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы.—СПб.: Медицина, 1998.—336 с.
- Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы.—М.: Медицина, 1993.—223 с.
- Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия.—Киев: Здоровье, 1988.—197 с.
- Давыдов М.И., Матякин Е.Г., Любаев В.Л., Герасимов С.С. Лечение опухолей верхней грудной апертуры // XI (XIII) Российский симпозиум с международным участием по хирургической эндокринологии.—СПб., 2003.—Т. 1.—С. 30–33.
- Петерсон Б.Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей.—М.: Медицина, 1976.—368 с.
- Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы.—СПб.: Наука, 1992.—258 с.
- Цыбырнз Г.А. Лечение местно-распространенного рака головы и шеи.—Кишинев: Штиинца, 1987.—263 с.
- Ядгарова Н.С., Ермолаева Т.Б. Лечение запущенных форм рака щитовидной железы // Рак щитовидной железы (профилактика, заболеваемость): Тезисы межгосударственного симпозиума.—Псков, 1994.—С. 100–101.
- Ballantyne A.J. Resections of the upper aerodigestive tract for locally invasive thyroid cancer // *Am. J. Surg.*—1994.—Vol. 168, № 6.—P. 636–639.
- Bell R.M. Thyroid carcinoma // *Surg. Clin. North Am.*—1986.—Vol. 66, № 1.—P. 13–30.
- Czaja J.M., McCaffrey T.V. The surgical management of laryngo-tracheal invasion by well-differentiated papillary thyroid carcinoma // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*—1997.—Vol. 123, № 5.—P. 484–490.
- De Antoni E., Catania A., Biancari F. et al. Surgery of differentiated cancer of the thyroid // *Giornale di Chirurgia.*—1997.—Vol. 18, № 10.—P. 525–531.
- Grillo H.C., Wain J.C., Mathisen D.J., Suen H.C. Resectional management of thyroid carcinoma invading the airway // *Ann. Thorac. Surg.*—1992.—Vol. 54, № 1.—P. 3–9.
- Ishihara T. Surgical treatment of advanced thyroid carcinoma invading the trachea // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*—1991.—Vol. 102, № 6.—P. 717–719.
- Mayer M., Colon J., Bobin J.Y., Blondet R. Indication and limits of the surgery in thyroid carcinoma // *Ann. Radiol.*—1977.—Vol. 20, № 8.—P. 771–773.
- Melliére D.J., Ben Yahia N.E., Becquemin J.P. et al. Thyroid carcinoma with tracheal or esophageal involvement: Limited or maximal surgery? // *Surgery.*—1993.—Vol. 113, № 2.—P. 166–172.
- Schlumberger M.J., Pacini F. Thyroid tumors.—Paris: Nucleon, 1999.—317 p.
- Shah J.P. Cancer of the head and neck.—2001.—London: BC Decker Inc.—484 p.

Поступила в редакцию 23.09.2009 г.

G.O.Bagaturiya

TWO-STAGE SURGICAL METHOD OF TREATMENT OF LOCALLY DISSEMINATED CANCER OF THE THYROID

The article presents immediate and long-term results of treatment of 74 (15.9%) patients with disseminated regional metastasizing of the thyroid cancer from a group of «high operative risk». It was shown that in elderly patients having many coexisting diseases with vast dissemination of the primary tumor with invasion to the surrounding organs and tissues and involvement of lymph nodes on the neck on both sides and in the mediastinum the operations should be divided into 2 stages. It supposes thyroidectomy along with the central and lateral lymphadenectomy as the first step. Lymphadenectomy on the other side of the neck and/or transsternal lymphadenectomy should be performed within 2–3 months after correcting therapy. Such approach did not worsen the long-term results and decreased postoperative lethality and number of postoperative complications.