

© Г.О.Багатурия, 2009
УДК 616.441-006.6-089-059

Г.О.Багатурия

КОМБИНИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗАПУЩЕННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и военно-полевой хирургии ГОУ ВПО Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии (зав. кафедрой и руков. центра — проф. А.Ф.Романчишен)

Ключевые слова: щитовидная железа, рак, хирургическое лечение, комбинированные операции.

Введение. На сегодняшний день при некоторых локализациях злокачественных новообразований отмечается тенденция к уменьшению объема хирургических вмешательств, что связано с прогрессом лучевых и лекарственных методов лечения, а также с развитием методов ранней диагностики рака [3, 4]. С другой стороны, при ряде локализаций злокачественных опухолей роль хирургического метода лечения не только не уменьшается, но и возрастает [2, 10]. Несмотря на успехи современной онкологии, ряд вопросов тактики лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) до сих пор остаются противоречивыми или недостаточно изученными. Во многом это относится к возможностям и роли хирургического метода лечения. Многие авторы выступают за агрессивный хирургический подход при различных злокачественных опухолях щитовидной железы (ЩЖ) [1, 5, 6, 13], другие — за обязательную комбинацию хирургического и лучевого (радиоактивный йод или наружное облучение) методов [7, 11, 12]. Некоторые клиники в подобных ситуациях рекомендуют только химиолучевое лечение [8, 9, 14]. Следует также отметить, что вопрос о сугубо хирургическом подходе при местно-распространенном РЩЖ тоже дискутируется — рекомендации колеблются от «супер-радикальных» расширенных и комбинированных операций до минимальных и функционально-щадящих вмешательств.

Согласно классическим представлениям онкологии, к комбинированным операциям относят вмешательства, при которых резецируются или

удаляются соседние органы и ткани, пораженные первичной опухолью [3, 4].

Цель исследования — на основании анализа 33-летнего опыта клиники избрать оптимальный объем хирургического лечения больных с местно-распространенным раком ЩЖ.

Материалы и методы. В клинике в указанный период комбинированные операции в связи с вращением карциномы в органы шеи были выполнены 141 (5,4%) из 2606 пациентов. Среди больных было 106 (75,2%) женщин и 35 (24,8%) мужчин. Возраст пациентов варьировал от 16 до 75 лет и в среднем составил (59,1±2,3) года. Гистологическая структура опухолей была следующей: папиллярный рак выявлен у 66 (46,9%), фолликулярный — у 62 (43,7%), медуллярный — у 13 (9,4%) пациентов. У большинства (131, или 92,9%) больных вмешательства производились в плановом порядке. В 10 наблюдениях операции выполнены по неотложным и срочным показаниям.

Результаты и обсуждение. У всех больных карцинома соответствовала Т4а. Более обширная инвазия (Т4б) наблюдалась у 16 (11,3%) пациентов.

У 97 (68,8%) пациентов до или во время операции выявлялись метастазы в шейных лимфатических узлах. В большинстве этих наблюдений одномоментно производилась шейная лимфаденэктомия — при условии переносимости вмешательства пациентом. В 17 (12,1%) наблюдениях у пожилых больных или пациентов, отягощенных тяжелой соматической патологией, операции выполнялись в два этапа — шейная лимфаденэктомия производилась через 2–3 мес.

У пациентов наблюдалось распространение опухоли на ближайшие анатомические структуры — возвратные нервы (54/38,3%). Несколько реже отмечалось прорастание трахеи (52/36,9%), еще реже — инвазия гортани, пищевода, кожи,

сосудисто-нервного пучка шеи и сосудов средостения. У 117 (83,0%) — опухоль одновременно поражала 2 внетиреоидных анатомических образования.

В большинстве случаев (106, или 75,2%) комбинированные операции были радикальными и у 35 (24,8%) пациентов полностью удалить опухоль было невозможно. В таких случаях комбинированные операции носили паллиативный характер. У 17 (6,6%) больных комбинированные вмешательства выполнялись в срочном порядке в связи с выраженными расстройствами жизненно важных функций организма, в первую очередь — дыхания. При выраженном сдавлении дыхательных путей, особенно в неотложных ситуациях, интубацию трахеи удавалось выполнить только с помощью фиброэндоскопа.

В 30 (55,6%) наблюдениях в ходе хирургических вмешательств, помимо удаления ЩЖ с прилежащими тканями и центральной лимфаденэктомии, возвратный гортанный нерв был относительно легко отделен от опухоли, в 15 (27,8%) случаях — отсечен и в 9 (16,6%) наблюдениях — резецирован. Восстановление непрерывности нерва после мобилизации выполнено узловыми швами в 9 случаях. У 6 больных отмечен положительный эффект в виде восстановления подвижности голосовых связок через 6–17 мес. После прецизионного выделения скальпелем из опухоли 25 возвратных нервов у 19 (76,0%) больных сохранилась адекватная функция мышц гортани. При наблюдении в течение более чем 10 лет рецидив опухоли отмечен у 3 пациентов, у которых возвратный нерв выделялся из опухоли, а не резецировался. Двое из них (в возрасте более 50 лет) погибли вследствие продолженного роста и генерализации фолликулярного «йоднегативного» и медуллярного РЩЖ. В последнее десятилетие для контроля и сохранения нейрорегулирующих структур использовался электрофизиологический метод — мониторинг возвратного нерва.

При дооперационных эндоскопических исследованиях гортани, трахеи и пищевода распространение опухоли на слизистую оболочку было обнаружено в 7 наблюдениях (женщины в возрасте 25, 27, 38, 44 и 54 лет). В 5 из них ранее уже предпринимались неудачные попытки хирургического, лучевого и медикаментозного лечения. Но РЩЖ рецидивировал и прогрессировал, вызывал нарушение проходимости дыхательных путей и верхних отделов пищеварительного тракта. У 2 наиболее молодых пациенток была выполнена циркулярная резекция инвазированных опухолью шейных отделов трахеи и пищевода с последующей пластикой последними кожными лоскутами. Местные изменения тканей на шее после наруж-

ного облучения не позволяли использовать для пластики пищевода фрагмент кишки. Пациентки прожили после операций 4,5 и 2,5 года и погибли вследствие генерализации опухолевого процесса.

Третьей пациентке, 38 лет, после курса дистанционной лучевой терапии произведена циркулярная резекция гортани и шейных отделов трахеи и пищевода в связи с рецидивом низкодифференцированного папиллярного РЩЖ. Послеоперационный период осложнился формированием свища глотки. После его устранения проведены два курса терапии радиоактивным йодом. Больная продолжила работу в качестве фармацевта и прожила после повторной операции более 5 лет. Двум другим больным (44 и 54 лет) с распространенным папиллярным РЩЖ с инвазией всей толщи стенки гортани ранее были предприняты попытки тиреоидэктомии вместе с органосохраняющими боковыми резекциями хрящей гортани и лимфаденэктомиями. В опухолях отсутствовал захват радиоактивного йода, поэтому проводились курсы дистанционного облучения. Через 2 и 3 года выявлены рецидивы рака в стенках гортани, в связи с чем произведены ларингэктомии. Продолжительность жизни пациенток после повторных операций составила соответственно 5 и 6 лет. Вторая пациентка погибла от генерализации РЩЖ, первая — вследствие развития внетиреоидной опухоли (рак яичников).

Еще один пациент, 53 лет, с папиллярной карциномой перенес удаление гортани с тремя верхними кольцами трахеи в связи с прорастанием опухолью всех слоев этих органов. В настоящее время больной живет без признаков рецидива 10 лет, проводится лишь заместительная терапия левотироксином.

Больная 57 лет, с папиллярной карциномой верхнего полюса правой доли ЩЖ, растущей в гортань, оперирована в клинике дважды. Первоначально выполнена тиреоидэктомия с центральной и боковой лимфаденэктомией и органосохраняющая резекция правой половины гортани и глотки. Проведена послеоперационная лучевая терапия. Через 1 год после лечения выявлен рецидив опухоли. Повторная операция — ларингэктомия. Через 6 лет произошла генерализация процесса, ставшая причиной смерти пациентки. В итоге подобные операции — циркулярные резекции пораженных опухолью соседних со ЩЖ органов — выполнены 27 (10,5%) пациентам.

В другой группе больных опухоль инвазировала прилежащие органы до уровня подслизистого слоя — трахею (88 наблюдений), гортань (32 наблюдения), глотку и пищевод (57 наблюдений). Этим пациентам произведены так называемые «бреющие» операции на трахее (62, или 70,4% случаев) и гортани (25, или 78,2%

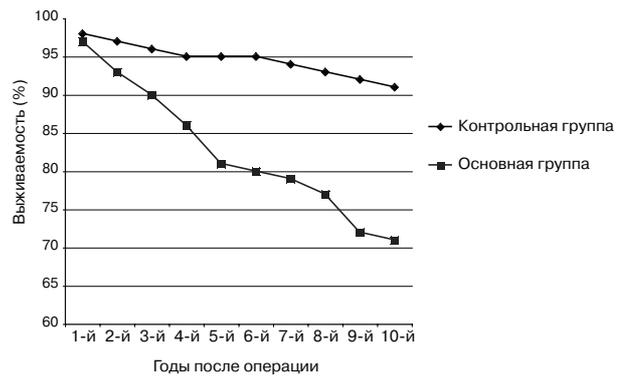
случаев). Также выполнялись боковые окончатые резекции трахеи (13, или 14,8% случаев), гортани (7, или 21,9% случаев), глотки и пищевода (15, или 26,3% случаев) с сохранением слизистой оболочки органов. Дефекты хрящевой и мышечной оболочки прикрывались близлежащими мышцами. В двух наблюдениях после окончатой резекции 3 колец трахеи на половину и $\frac{2}{3}$ диаметра накладывалась временная трахеостома для разгрузки швов. В последних случаях дальнейшее лечение включало лучевую терапию. При папиллярном и фолликулярном РЩЖ, как правило, применялся радиоактивный йод. Реже использовалось наружное облучение — в 9,8% случаев при дифференцированных формах РЩЖ и в 37,1% наблюдений — при медуллярной карциноме.

У 14 (9,9%) больных были обнаружены отдаленные метастазы в костях, легких и головном мозге, в связи с чем операции признаны паллиативными. В 25 (17,7%) наблюдениях, несмотря на большой объем комбинированных резекций ЩЖ, имел место продолженный рост опухолей в стенках полых органов и лимфатических узлах шеи. Проводилась ТТГ-супрессивная и химиолучевая терапия.

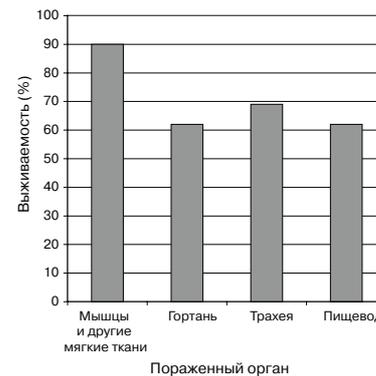
В 56 (39,7%) наблюдениях карцинома ЩЖ инвазировала, помимо гортани и пищевода, крупные сосуды шеи и средостения. Как правило, это были глубокие яремные (44, или 31,2% наблюдений), подключичные и плечеголовые (42, или 29,8% наблюдений) вены. Истинная инвазия на всю глубину стенки крупных артерий наблюдалась очень редко (2, или 1,4% наблюдений). Как правило, удавалось отделить опухоль, частично с адвентициальной оболочкой артерии, а не резецировать ее. Пластическое замещение глубоких яремных вен не требовалось даже при двусторонних резекциях — постепенная компрессия опухолью этих сосудов приводила к развитию выраженной сети коллатералей, которая обеспечивала достаточный венозный отток.

Безопасное и надежное удаление карцином, распространившихся на сосуды и органы средостения, в ряде случаев было возможно лишь после частичной продольно-поперечной или продольной стернотомии до уровня третьего или четвертого межреберий (5, или 3,6% наблюдений).

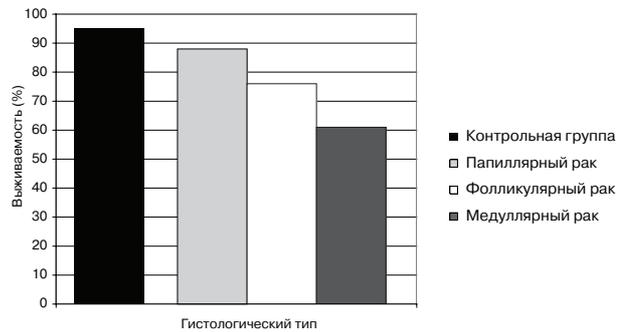
Большинство анализированных наблюдений касались карцином, которые были на грани резектабельности. В ходе операций удалялись как опухоли ЩЖ, так и распространенные регионарные метастазы, поэтому в 140 наблюдениях операции носили смешанный характер и были одновременно комбинированными и расширенными. У 11 пациентов из группы высокого операционного риска вмешательства также были разделены на два этапа — через 2–3 мес после



а



б



в

Выживаемость пациентов.

а — перенесших комбинированные операции; б — после комбинированных операций в зависимости от органа, пораженного опухолью; в — с местно-распространенными опухолями в зависимости от гистологического типа новообразования.

комбинированного удаления первичной опухоли выполнялась расширенная лимфаденэктомия или после комбинированной операции с односторонней шейной диссекцией производилась лимфаденэктомия с другой стороны. Все эти больные удовлетворительно или хорошо переносили хирургические вмешательства. Случаев послеоперационной летальности не наблюдалось.

Выживаемость больных после комбинированных операций была значительно ($p < 0,05$) ниже по сравнению с общей группой больных, оперированных по поводу РЩЖ, что,

безусловно, связано с большой распространенностью опухолевого процесса (рисунок, а). После комбинированных вмешательств у женщин 5-летняя выживаемость составила 85,4%, 10-летняя — 80,2%. Выживаемость при аналогичных сроках у мужчин была ниже и равнялась 75,3 и 68,1%. При сравнении указанных показателей было установлено, что выживаемость женщин значительно ($p < 0,05$) выше по сравнению с таковой у лиц мужского пола.

В обследованной группе также изучена выживаемость в зависимости от возраста пациентов. У больных старше 60 лет, перенесших комбинированные операции, показатели 5- и 10-летней выживаемости (соответственно 72,5 и 66,7%) были ниже по сравнению с лицами моложе 60 лет (соответственно 87,0 и 83,1%), но различие статистически недостоверно. На показатели выживаемости также влияла степень и характер инвазии опухоли.

При инвазии трахеи 5-летняя выживаемость равнялась 71,4%, гортани — 63,6% и пищевода — 54,5% (рисунок, б).

Прогноз зависел также от гистологического строения опухоли (рисунок, в). При папиллярном раке 5-летняя выживаемость составила 89,1%, что практически не отличалось от контрольной группы. При фолликулярном и медуллярном раках 5-летняя выживаемость была хуже и равнялась соответственно 77,3 и 62,5%.

Выводы. 1. Распространение дифференцированной карциномы щитовидной железы на окружающие органы шеи и крупные сосуды наблюдалось у 5,4% оперированных больных, что потребовало выполнения комбинированных резекций органов и расширенных лимфаденэктомий на шее и в средостении.

2. В большинстве (около 90%) наблюдений эти операции носили органосохраняющий характер. У 10,5% больных были выполнены циркулярные резекции органов дыхательной и пищеварительной системы на шее и в средостении.

3. Полного удаления опухоли удалось достичь более чем в $2/3$ наблюдений. При этом непосредственные и отдаленные результаты были отмечены после тиреоидэктомий, лимфаденэктомий и органосберегательных резекций других органов шеи.

4. Показатели 5- и 10-летней выживаемости исследованных больных с папиллярным, фолликулярным и медуллярным РЩЖ зависели от пола, от пораженного опухолью полого органа, от гистологического типа новообразования при условии выполнения операций хирургами высокой квалификации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. 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.

2. Романчишен А.Ф. Щитовидная железа // Хирургическая эндокринология / Под ред. А.П.Калинина, Н.А.Майстренко, П.С.Ветшева.—СПб.: Питер, 2004.—С. 81–264.
3. Трапезников Н.Н. Опухоли. Оперативное лечение // Большая медицинская энциклопедия.—Т. 17.—М.: Медицина, 1984.—С. 1086–1088.
4. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., Грицман Ю.Я. Хирургический метод в комбинированном и комплексном лечении // Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями / Под ред. В.И.Чиссова.—М.: Медицина, 1989.—С. 14–22.
5. Ballantyne A.J. Resections of the upper aerodigestive tract for locally invasive thyroid cancer // *Am. J. Surg.*—1994.—Vol. 168, № 6.—P. 636–639.
6. 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.
7. Haq M.S., McCready R.V., Harmer C.L. Treatment of advanced differentiated thyroid carcinoma with high activity radioiodine therapy // *Nucl. Med. Commun.*—2004.—Vol. 25, № 8.—P. 799–805.
8. Kim J.H., Leeper R.D. Treatment of locally advanced thyroid carcinoma with combination doxorubicin and radiation therapy // *Cancer.*—1987.—Vol. 60, № 10.—P. 2372–2375.
9. Niitsu N., Umeda M. Clinical study of elderly patients with non-Hodgkin's lymphoma arising in the thyroid // *Nippon Ronen Igakkai Zasshi.*—1998.—Vol. 35, № 1.—P. 39–43.
10. Shah J.P. Cancer of the head and neck.—London: BC Decker Inc.—2001.—484 p.
11. Sugino K., Ito K., Mimura T. et al. The important role of operations in the management of anaplastic thyroid carcinoma // *Surgery.*—2002.—Vol. 131, № 2.—P. 245–248.
12. Watanabe S., Noguchi S. Multidisciplinary treatment of nonresectable differentiated thyroid carcinoma // Clark O.H., Noguchi S. Thyroid cancer: diagnosis and treatment.—St.Louis: Quality Medical Publishing, Inc.—2000.—P. 327–346.
13. Wilson P.C., Millar B.M., Brierley J.D. The management of advanced thyroid cancer // *Clin. Oncol.*—2004.—Vol. 16, № 8.—P. 561–568.
14. Yeung S.C., Xu G., Pan J. et al. Manumycin enhances the cytotoxic effect of paclitaxel on anaplastic thyroid carcinoma cells // *Cancer Res.*—2000.—Vol. 60.—P. 650–656.

Поступила в редакцию 15.04.2009 г.

G.O.Bagaturiya

COMBINED SURGICAL INTERVENTIONS FOR ADVANCED THYROID CARCINOMA

An analysis of specificities of 141 combined operations for advanced (T4) papillary, follicular and medullary thyroid carcinoma has shown that such operations proved to be necessary in 5.4% out of 2606 patients operated for carcinoma of the thyroid gland (CTG). In most cases these operations were of organ-sparing character. In 10.5% of the patients circular resections of organs of the respiratory and digestive systems were fulfilled on the neck and head. Complete removal of the tumor was obtained in more than $2/3$ of observations. The direct and long-term results were noted after thyroidectomies, lymphadenectomies and organ-sparing resections of other neck organs. The indices of 5 and 10 years survival of patients with papillary, follicular and medullary thyroid carcinoma depended on gender, on the tumor affected organ, on the histological type of the neoplasm under conditions of performing the operations by highly professional surgeons.