

желыми формами ОГВЖС, а именно: подпеченочными абсцессами, поддиафрагмальными абсцессами и множественными абсцессами брюшной полости. Так, для перечисленных нозологических форм продолжительность пребывания в стационаре больных I группы была соответственно на 12,6%, 17,9% и 11% ($P < 0,001$) меньше, чем у пациентов, в комплексном лечении которых не использовался ронколейкин. Причем при анализе по данному критерию всей выборки больных ОГВЖС достоверность различий между подгруппами по-прежнему сохраняется ($P < 0,05$).

При изучении иммунного статуса выявлено, что у большинства больных с ОГВЖС, несмотря на наличие гнойного процесса, не отмечалось выраженного лейкоцитоза, хотя достаточно часто выявлялись сдвиг влево до метамиелоцитов и относительная, а иногда и абсолютная лимфопения. Популяционный и субпопуляционный составы лимфоидных клеток характеризовались снижением концентрации CD3+ в основном за счет CD4+ и в значительно меньшей степени CD8+, что сопровождалось соответственно достоверным ($P < 0,01$) снижением соотношения CD4+/CD8+. Наиболее патогномичным для данного состояния являлось снижение абсолютной концентрации CD25+, сопровождавшееся увеличением процентного содержания клеток, несущих рецепторы CD95+ и CD-HLADR+. Поглощительная активность нейтрофильных лейкоцитов оставалась в пределах нормы, либо даже отмечалась ее стимуляция, тогда как их микробицидная активность была в значительной степени депрессирована. Вероятно, данный факт обусловлен дисфункцией кислородзависимой бактерицидной системы, так как у этих больных на фоне высокого процента формазанпозитивных клеток и высокого среднего цитохимического индекса выявлялась парадоксальная реакция в стимулированном NBT-тесте.

На 7-е сутки от начала терапии в группе, получавшей традиционную терапию, несмотря на выраженное улучшение клинического состояния у большинства больных, достоверной динамики со стороны исследованных параметров системы иммунитета, за исключением уменьшения коэффициента сдвига, исчезновения токсогенной зернистости в нейтрофильных лейкоцитах и увеличения коэффициента стимуляции в NBT-тесте, не отмечено. В противоположность этому

в основной группе выявлено повышение абсолютной и относительной концентрации лимфоидных клеток с достоверным увеличением количества CD3+, CD4+, CD25+ при тенденции к нормализации соотношения CD4+/CD8+, снижению количества клеток, несущих активационный рецептор CD-HLA DR+ и рецептор апоптоза CD95+. Количество формазанпозитивных клеток в спонтанном NBT-тесте снизилось более чем в два раза при появлении положительного коэффициента стимуляции.

Обсуждение

Таким образом, ОГВЖС, в особенности проявившиеся в постоперационном периоде, протекают на фоне выраженных вторичных дисфункциональных нарушений в параметрах системного и местного иммунитета, что обуславливает замедленное течение репаративных процессов, вероятность развития диссеминации и рецидивов заболевания. Включение в комплексное лечение больных местного (интраперитонеального) и системного (подкожного) применения ронколейкина манифестируется фазной активацией защитных, в особенности антимикробных, механизмов системы иммунитета, что клинически проявляется в отсутствии рецидивов, прогрессирования гнойного процесса, уменьшении сроков лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А. Ю. Иммунотерапия ронколейкином® в комплексном лечении больных абдоминальным сепсисом: Пособие для врачей. – Казань, 2004. – 28 с.
2. Дергачев А. И. Абдоминальная эхография: Справочник. – 2005. – С. 350.
3. Дисмуратов А. М. Прицельная пункция патологических образований брюшной полости под контролем ультразвукового исследования / А. М. Дисмуратов, А. Б. Эшпулатов // Хирургия. – 1993. – № 12. – С. 57–58.
4. Козлов В. К. Иммунопатогенез и цитокинотерапия хирургического сепсиса // Вестник РВМА. – 2002. – № 2 (8). – С. 12–22.
5. American college of chest physicians? Society of critical care medicine consensus conference committee: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis // Crit care med. – 1992. – V. 20. – P. 864.

Поступила 16.09.2010

А. Ф. РОМАНЧИШЕН¹, Г. О. БАГАТУРИЯ²

МЕСТНО-ИНВАЗИВНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОГО ОБЪЁМА ОПЕРАЦИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

¹Санкт-Петербургский центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы, Россия. 191014, г. Санкт-Петербург, просп. Литейный, 56, тел. +7921 9621527. E-mail: afromanchishen@mail.ru;

²ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Россия, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

В литературе опубликовано небольшое количество исследований, посвященных «запущенному» раку щитовидной железы. В представленной работе проанализированы особенности техники и результаты 581 операции, предпринятой у 441 больного «запущенным» папиллярным, фолликулярным и медуллярным РЩЖ. Были выполнены 256 комбинированных, 246 расширенных и 146 паллиативных из 581 операций. В 67 наблюдениях расширенные или комбинированные операции

не привели к полному удалению опухоли или её метастазов. Стернотомический доступ понадобился при 7 комбинированных и 24 расширенных операциях, всего в ходе 31 (5,3%) хирургического вмешательства. После комбинированных операций средняя продолжительность жизни больных к моменту завершения исследования составила $9,6 \pm 0,8$ года, 5-летний рубеж пережили 81,9%, 10-летний – 71,1% пациентов. После субрадикальных операций («бреющих» резекций) 80,5% больных пережили 5-летний срок. Через 10 лет и более лет были живы 71,2% больных. Только 2 пациента из 27, перенесших широкие циркулярные резекции верхних отделов пищеварительного тракта и дыхательных путей, пережили 5-летний рубеж. После расширенных вмешательств 5-летняя выживаемость больных составила 86,7%, 10-летняя – 70,6%, после паллиативных – 40,7%, 10-летняя – 29,1% только для больных папиллярным и фолликулярным РЩЖ.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, выбор операции.

A. F. ROMANCHISHEN¹, G. O. BAGATURIA²

LOCALLY-INVASIVE THYROID CANCER (TC): CHOICE OF RATIONAL VOLUME OF SURGERY AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT

¹*Sankt-Petersburg center of surgery and oncology of bodies endocrine systems,*

*Russia, 191014, St.-Petersburg, prosp. Liteiny, 56,
tel. +7921 9621527. E-mail: afromanchishen@mail.ru;*

²*Sankt-Petersburg state pediatric medical academy,
Russia, 194100, St.-Petersburg, Lithuanian street, 2;*

In the current report we present experience of our Center. A total of 2593 patients were operated for differentiate TC between 1973 and 2007. Wide extrathyroid TC spread (T4) was fined in 464 (21,9%) cases of 2115 included in that research. We performed 256 combined thyroid gland with adjacent organ resections, 246 extended neck and mediastinum lymphadenectomy and 146 palliative operations were performed. Transsternal approach have used during 7 combined and 24 extended operations. Totally were carry out 581 such operation including 140 combined-extended surgical interventional at 441 patients. There were 89 (19,2%) males and 375 (80,8%) females (1:4,2). Average age made $57,7 \pm 2,6$ years. Papillary TC was found in 62,9%, follicular – in 24,8% and medullary cancer – in 12,3%. TC extension on muscles of neck and larynx (73,8%), RLN (37,9%), trachea (35,2%), pharynx and esophagus (23,8%), main neck or mediastinal vessels (21,9%) were found. Seven (1,6%) patients dead after 435 combined and extended operations. No lethal outcomes happened of 97 patients operated on into two stages. Unexpected specific postoperative complications observed at 6,1% of cases. 9 (6,2%) of 146 palliative operations were completed by tracheostomy. Follow up results (median $9,6 \pm 0,9$ years) were investigated in 84,9%. The 5-year survival rate made 81,9% and 10-year – 71,1% after combined and 86,7% and 70,6% (accordingly) – after extended operations. The local failure-free rate after subradical «shaving» neck organ resections were not significantly worse than after of those circular resections (9,8% end 3,5%). But quality of life, 5 and 10 years survival rates after organ-sparing («shave» and «wage») were much better then after «sleeve» resection (80,5% and 35,7% compared to 76,0% and 7,1%). 5-year follow-up results after palliative operations made 40,7% in papillary and follicular TC cases and 17,1% – in medullary carcinoma. 29,1% of differentiated TC patients were alive after palliative operations, radioiodine and chemotherapies during 10 and more years. «Shave» excision, «wedge» resection procedures together with adjuvant therapies in cases of I – III and some times IV degree of TC aerodigestive organ invasions have produced better results then «sleeve» resection for recovery and improving of quality of operated patients life.

Key words: thyroid cancer, choice surgery.

Введение

К местно-распространённым относят карциномы щитовидной железы (ЩЖ), которые инвазировали окружающие анатомические структуры (T4), метастазировали в регионарные лимфатические узлы шеи с двух сторон и средостения (N1b). Они, по данным литературы, встречаются с частотой от 8% до 25% [1, 2, 5, 6, 8, 9]. Выбор тактики лечения нередко осложняется тяжестью состояния пациентов, что связано как с «запущенностью» опухолевого процесса, так и с пожилым возрастом большинства больных. С другой стороны, лишь хирургическое лечение даёт больным шанс на излечение и улучшение жизненно важных функций организма, в первую очередь дыхания, то есть необходимость таких вмешательств очевидна [4, 5, 7].

Важнейшими вопросами хирургического лечения больных местно-распространённым РЩЖ являются: определение оптимального варианта операции; выбор доступа в начале и в ходе операции; сравнение эффективности «бреющих», ограниченных боковых и циркулярных резекций трахеи, пищевода и возвратных нервов.

Материалы и методы исследования

В Санкт-Петербургском центре эндокринной хирургии и онкологии в период с 1973 по 2007 г. оперированы 2593 больных РЩЖ. В наших наблюдениях обширное местное распространение папиллярных, фолликулярных и медуллярных карцином, соответствовавших T4, отмечалось у 464 (21,9%) из 2115 включённых в эту статью больных.

Среди 464 пациентов было 89 (19,2%) мужчин и 375 (80,8%) женщин. В общей группе больных РЩЖ этот показатель соответствовал 11,9% и 88,1%. Соотношение мужчин и женщин составило 1:4,2, а в общей группе больных РЩЖ – 1:7,4. Средний возраст больных был равен $57,7 \pm 2,0$ года (при колебании от 17 до 83 лет), что значительно ($P < 0,05$) превысило аналогичный показатель ($51,6 \pm 0,17$ года) в общей группе. Более трети (38,0%) больных местно-распространёнными формами РЩЖ были лицами старше 60 лет. В 217 наблюдениях карцинома была солитарной и в 257 выявлена наряду с другими болезнями ЩЖ. Регионарные метастазы имели место в 281 (60,6%) наблюдении.

Таким образом, дифференцированный РЩЖ у мужчин и людей старших возрастных групп имел

более агрессивное течение, так как их было значительно больше ($P < 0,05$), если опухоль соответствовала градации T4.

Клиническое обследование включало традиционные лабораторные и радиоиммунологические тесты, обзорную рентгенографию органов шеи и средостения в 2 проекциях с контрастированием пищевода. Последние 20 лет применялись различные варианты компьютерных томографий. Необходимость в них в этой группе возникала у каждого второго пациента. Фиброларингоскопия и фиброэзофагоскопия были выполнены 57 (9,7%) больным при подозрении на вращение (3-й степени) опухоли в просвет трахеи и пищевода.

Больные с остатками папиллярной, фолликулярной карцином в стенках трахеи, пищевода, артериальных стволов шеи и средостения, других органах (M1) направлялись для терапии радиоiodом (106 наблюдений), наружным облучением (211 больных). Пациентам с аналогичным распространением медуллярного РЦЖ проводились (49 случаев) химиотерапия и наружное облучение шеи.

В своей практике мы пользуемся номенклатурой операций, предложенной Б. Е. Петерсоном [2]. Под комбинированной операцией мы понимаем вмешательство, где кроме органа, несущего опухоль, резецируется или удаляется полностью соседний орган, в который вросла карцинома. Расширенной называем операцию, при которой удаляются лимфатические барьеры шире типичных схем. Относительно РЦЖ – это больше, чем односторонняя модифицированная шейная диссекция, когда удаляются с одной стороны 2, 3, 4, 5 и 6-я (с одной или двух сторон) группы шейных лимфоузлов. Паллиативными называем операции, при которых после резекции ЩЖ и/или регионарных лимфоузлов остается часть опухолевой ткани в стенках органов, лимфоузлов шеи, средостения и/или отдаленные метастазы рака.

Результаты исследований

В данной работе проанализирована 581 операция, предпринятая у 441 больного папиллярным, фолликулярным и медуллярным РЦЖ (T3N1bM0 – 212 больных, T4N0M0 – 91 больной, T4N1aM0 – 115 больных, T4N1bM0 – 23 больных). В том числе были выполнены 256 (44,1%) комбинированных (60 из которых оказались паллиативными), 246 (42,3%) расширенных (7 из них в итоге стали паллиативными) операций. Стернотомический доступ применялся при 7 комбинированных и 24 расширенных операциях, всего в ходе 31 (5,3%) хирургического вмешательства.

В 140 (24,1%) случаях вмешательства были и комбинированными, и расширенными одновременно при T4N1b, в том числе 5 (3,6%) операций выполнялось через трансстернальный доступ. Эти операции включены в обе исследуемые группы.

Кроме того, предпринято 79 (13,6%) паллиативных операций у больных с T4, где была удалена часть опухоли, вызывавшая компрессию органов шеи, в первую очередь трахеи. Однако попытка комбинированного или расширенно-комбинированного вмешательства по тем или иным причинам (тяжелое соматическое состояние больных, недостаточный опыт хирургов и т. д.) не предпринималась. У 8 пациентов позже, после дополнительного обследования, интенсивной подготовки, были предприняты успешные попытки полного удаления карцином в ходе повторных вмешательств через расширенные шейно-чрезгрудные доступы. В итоге

эти наблюдения были отнесены в группы с соответствующим объемом операций.

Паллиативными операции, где не предпринимались обширные хирургические вмешательства, оказались в 71 наблюдении. Эти пациенты вместе с 67, перенесшими комбинированные и расширенные операции, в результате которых опухоль всё же осталась на шее или в других органах, образовали группу из 138 человек (146 операций). Комбинированные и расширенные операции, оказавшиеся паллиативными, рассматривались одновременно в двух группах.

Таким образом, в итоге паллиативными оказались 146 (25,1%) из 581 операции. Эти пациенты составили 31,3% от 441 оперированного больного. Причинами паллиативности вмешательств было неполное удаление основной опухоли, и/или её регионарных метастазов (в 103/23,4% наблюдениях), либо отдаленных (35/7,9%) метастазов.

Гистологическая структура 415 опухолей, соответствовавших T4, была следующей: папиллярный рак выявлен у 261 (62,9%), фолликулярный – у 103 (24,8%), медуллярный – у 51 (12,3%). Среди всех больных папиллярным РЦЖ, оперированных за указанный период (1413 наблюдений), пациенты с T4 составили 20,7%, фолликулярным РЦЖ (567 наблюдений) – 20,5%, медуллярным РЦЖ (135 наблюдений) – 41,5%. Доли двух первых морфологических форм в общей группе больных (61,6% и 24,7%) и при T4 (62,9 и 24,8%) были примерно одинаковыми. Однако больные медуллярным РЦЖ в группе T4 было в 7 раз больше, чем в общей группе (41,5% и 5,9%). Эти сопоставления ещё раз отразили агрессивность медуллярных карцином ЩЖ.

Комбинированные операции больным «запущенным» дифференцированным РЦЖ (T4) были выполнены в 256 (44,1%) наблюдениях как по неотложным и срочным показаниям (21/8,2%), так и в плановом порядке (235/91,8%). В ходе клинического и интраоперационных исследований было установлено, что карциномы распространялись на мышцы шеи, прилежавшие к ЩЖ, в 172 (67,2%), мышцы гортани – в 17 (6,6%), возвратный гортанный нерв (ВГН) – в 97 (37,9%), трахею – в 90 (35,2%), гортань – в 35 (13,7%), глотку и пищевод – в 61 (23,8%), крупные сосуды (преимущественно вены шеи и средостения) – в 56 (21,9%) наблюдениях.

Расстройство голоса и функции истинных голосовых связок до операции было отмечено у 33 (20,9%) из 158 пациентов с распространением карциномы на ВГН. Причём субъективные и объективные данные не совпадали в 10 наблюдениях, где расстройство функции связок зарегистрировано лишь при ларингоскопии. ВГН был довольно легко отделён в 102 (64,6%), отсечён – в 43 (27,2%) и резецирован – в 13 (8,2%) наблюдениях. Восстановление непрерывности нерва после мобилизации выполнено узловыми швами в 9 случаях с положительным эффектом через 6–17 месяцев у 6 больных. После прецизионного выделения скальпелем из опухоли 32 ВГН адекватная их функция сохранилась в 25 (78,1%) наблюдениях.

При дооперационных эндоскопических исследованиях больных папиллярным, фолликулярным и медуллярным РЦЖ распространение опухоли на слизистую оболочку (4-я степень инвазии) гортани, трахеи, глотки и пищевода было обнаружено в 14 (5,5%) наблюдениях. В 10 из них ранее уже предпринимались неудачные попытки хирургического, лучевого и медикаментозного устранения опухоли. Но РЦЖ рецидивировал,

вызывал нарушения проходимости дыхательных и пищевых путей у 25, 27, 38, 40, 44, 47, 52, 53, 58, 61-летних женщин, что и определило попытки продлить жизнь пациенток. У трёх первых из них (25, 27, 38 лет) была выполнена циркулярная резекция инвазированных опухолью шейных отделов трахеи и пищевода с последующей пластикой последнего кожными лоскутами. Местные условия на шее после предыдущих операций и наружного облучения не позволяли использовать для этого фрагмент тонкой кишки. Пациентки с полными трахеостомами прожили после операций 4,7; 4,5 и 2,5 года и погибли от генерализации РЩЖ. У четвертой и шестой пациенток, 40 и 47 лет, после наружного облучения была выполнена циркулярная резекция гортани и шейного отдела трахеи и пищевода в связи с рецидивом низкодифференцированного папиллярного РЩЖ. Послеоперационный период осложнился у них свищами глотки. После ликвидации свищей больные получили по два и три курса терапии радиоiodом, продолжили работу в прежнем качестве (фармацевта и бухгалтера), прожили после повторной операции более 5–8 лет.

Пациенткам 44, 52 и 61 года с папиллярным РЩЖ, распространившимся на всю толщину стенки гортани, были предприняты тиреоидэктомии вместе с органосохраняющими боковыми резекциями гортаней и лимфаденэктомиями. Ввиду радиоiodнегативности опухолей были проведены курсы наружного облучения. Через 2–3 года были обнаружены рецидивы РЩЖ в стенках гортани, в связи с чем выполнены ларингоэктомии. Продолжительность жизни пациенток после повторных операций составила 5–6 лет. Младшая по возрасту больная погибла от рака яичников, другие – от генерализации РЩЖ.

Ещё один пациент 53 лет с карциномой аналогичного строения был подвергнут удалению гортани с 3 кольцами трахеи в связи с распространением опухоли на все слои стенок этих органов. Пациент живёт без признаков рецидива заболевания более 10 лет, получает только заместительную терапию L-тироксином.

Пациентка 57 лет была оперирована нами дважды в связи с вращением папиллярной карциномы верхнего полюса ЩЖ в правую половину гортани. Органосберегающая резекция правой половины гортани и глотки вместе с тиреоидэктомией, центральной и боковой лимфаденэктомиями оказалась нерадикальной, несмотря на послеоперационное лучевое лечение. В связи с рецидивом РЩЖ выполнена ларингоэктомия. Больная погибла от генерализации РЩЖ через 6 лет.

В итоге большие по объёму циркулярные резекции инвазированных опухолью возвратных нервов, гортани, трахеи, глотки и пищевода были выполнены 27 (10,5%) из 256 пациентов.

У других больных карцинома ЩЖ вращалась до глубины подслизистой оболочки трахеи (88 наблюдений), гортани (32 наблюдения), глотки и пищевода (57 наблюдений). Объём хирургических вмешательств на этих органах соответствовал брьющим резекциям трахеи (62/70,4%), гортани (25/78,2%), боковым (окончатым) резекциям трахеи (13/14,8%), гортани (7/21,9%), глотки и пищевода (15/26,3%). Дефекты хрящевой и мышечной оболочек после боковых резекций указанных органов прикрывались близлежащими мышцами и фасциями.

В начале 80-х годов у двух больных после боковой резекции 3 колец трахеи наполовину и две третих для

разгрузки швов ниже них накладывались временные трахеостомы. Как правило, программа дальнейшего лечения включала у больных папиллярным и фолликулярным РЩЖ терапию радиоiodом. Наружное облучение у этих пациентов применялось редко (9,8%) в отличие от больных медуллярной карциномой (37,1%).

Полного удаления опухоли удалось достичь у 213 (83,2%) пациентов. У 18 (7,0%) больных были обнаружены отдалённые метастазы в кости, лёгкие, головной мозг. В связи с этим операции были признаны паллиативными. В 25 (9,8%) наблюдениях, несмотря на большой объём комбинированных резекций ЩЖ, имел место продолженный рост рака в стенках полых органов и лимфатических узлах шеи. Больные получали ТТГ-супрессивную и химиолучевую терапию.

В 56 (21,9%) наблюдениях карцинома ЩЖ инвазировала помимо мышц гортани, пищевода крупные сосуды шеи и средостения. Как правило, это были глубокие яремные (44/78,6%), подключичные, плечеголовные (6/10,7%) вены. Истинная инвазия на всю глубину стенки артериальных стволов наблюдалась нами очень редко (2/3,6%). Обычно удавалось снять опухоль, частично с адвентициальной оболочкой артерии, а не резецировать её. Пластического замещения глубоких яремных вен, даже при двусторонних резекциях, плечеголовной вены не потребовалось, так как постепенная компрессия этих сосудов опухолью приводила к появлению довольно выраженной сети коллатералей, которая обеспечивала адекватный отток крови от головы, шеи и руки. К частичной продольно-поперечной или частичной продольной стернотомии до уровня 3-го или 4-го межреберий мы прибегли у 5 (2,0%) больных с «запущенными» опухолями.

Большинство анализированных наблюдений касались карцином, которые были на грани резектабельности. По ходу операций удалялись как опухоли, исходящие из ЩЖ, так и их регионарные метастазы, поэтому в 140 (24,1%) случаях вмешательства носили как комбинированный, так и расширенный характер.

В 246 (42,3%) наблюдениях были предприняты расширенные операции. В 90 (20,4%) из 441 наблюдения карцинома ЩЖ по распространённости соответствовали T4N1bM0. Кроме того, в 49 (13,6%) в 360 наблюдений с T1-3N1a-bM0 имелись двусторонние (N1b) шейные или шейно-загрудинные метастазы (в II–V и VII группы) папиллярного, фолликулярного и медуллярного РЩЖ.

В итоге распространение метастазов карцином, соответствовавшее N1b и требовавшее расширенных хирургических вмешательств, было найдено у 49 пациентов с T1-3 и в 197 наблюдениях – с T4. Всего было 246 таких случаев, в 18 (7,3%) в которых обнаружены отдалённые метастазы РЩЖ, в связи с чем расширенные операции признаны всё же паллиативными.

В 74 (16,8%) из 441 наблюдения (у пациентов из группы высокого операционного риска) расширенные или расширенно-комбинированные хирургические вмешательства разделялись на два этапа. Среди оперированных (средний возраст 47,8±1,1 года) в 1 этап погибло 4 (4,82%) пациента. Причинами смерти были острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия ствола лёгочной артерии, острая сердечная недостаточность. Все 74 оперированные (средний возраст 63,9±0,9 года) в 2 этапа были выписаны домой. Отдалённые результаты лечения больных этих двух подгрупп не отличались. При создании этих подгрупп сравнения учитывались уровень профессионализма

хирургических бригад и гистологическая структура опухолей – наиболее важные факторы прогноза.

У большинства больных, где потребовались расширенные операции, был использован шейный доступ. Однако в 25 (10,2%) наблюдениях его было недостаточно, и мы прибегли к частичной продольно-поперечной или продольной стернотомии с L-образным поперечным рассечением грудины.

Паллиативными операции у больных местно-распространенным РЦЖ оказались в 138 (31,3%) из 441 оперированного пациента, а 146 паллиативных операций составили 25,1% от 581 хирургического вмешательства. По отношению к общему числу оперированных в центре по поводу дифференцированного РЦЖ (2115 наблюдений) этот показатель составил 6,5%.

Частота паллиативных операций претерпела определенно положительную динамику за 33 года нашей практики в хирургии РЦЖ. К концу 80-х годов у больных «запущенным» РЦЖ в нашей клинике выполнялось 25,0% паллиативных операций, к началу 2000-х – около 19%. С начала 2004 по 2006 г. были выполнены 102 операции у больных опухолями Т4 из А, Б и С клеток ЩЖ, в том числе только 8 (7,8%) из них были паллиативными.

В 78 (13,4%) из 581 операции участки опухолей были оставлены на органах шеи и средостения, а у 67 (11,5%) больных, перенесших комбинированные и расширенные операции, имели место отдаленные метастазы. Только у 32 (5,5%) больных хирургические вмешательства были запланированы как паллиативные в силу тяжести соматического состояния или недостаточной подготовленности хирургов для выполнения расширенно-комбинированных операций. В 8 из 79 наблюдений вторым этапом была предпринята успешная попытка избавить больных от оставленной при первой операции опухоли. В итоге паллиативным объём операций остался у 138 пациентов.

У 9 (11,%) из 78 больных паллиативные операции были завершены постоянной трахеостомой, и дальше пациенты получали химиолучевое лечение. В 2 наблюдениях трахеостомы были временными, и больные были деканюлированы через 3 и 7 месяцев. У 7 больных после резекций гортани и трахеи трахеостомы были полными.

В результате 502 комбинированных и расширенных операций опухоль и её регионарные метастазы удалось полностью удалить в 435 (86,6%) наблюдениях. Неожиданные специфические осложнения имели место в 31 (6,2%) наблюдении, в том числе повреждения одного ВГН – у 17 (3,4%), двух ВГН – у 7 (1,4%), временный гипопаратиреоз – у 7 (1,4%) больных. Из других послеоперационных осложнений следует назвать: кровотечение в ложе ЩЖ, имевшее место и потребовавшее ревизию раны у 10 (2,0%); лимфоррею и раневую инфекцию – у такого же количества больных (по 10 наблюдений); повреждения симпатического ствола (2 наблюдения), правого подъязычного нерва (1 наблюдение); пострезекционные глоточные, пищеводные и трахеальные свищи (по 2 наблюдения каждый). По мере накопления хирургами центра опыта количество осложнений уменьшилось на 50–100%. На протяжении последних 10 лет число повреждений ВГН, кровотечений в послеоперационную рану не превышает в сумме 1,5%.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 373 (84,6%) больных местно-распространенными карциномами при наблюдении в сроки от 1 года до 30 лет

(в среднем $9,7 \pm 1,9$ года). После комбинированных вмешательств гематогенные метастазы выявлены ещё у 8 (2,1%) пациентов. То есть в этой группе из 373 оперированных отдаленные метастазы РЦЖ имели место в 43 (11,5%) наблюдениях.

После комбинированных операций средняя продолжительность жизни больных к моменту завершения исследования составила $9,6 \pm 0,8$ года 5-летний рубеж пережили 81,9%, 10-летний – 71,1% пациентов. После субрадикальных операций («бреющих» резекций) 80,5% больных пережили 5-летний срок. Рецидивы РЦЖ стали причиной гибели больных после «бреющих» резекций гортани и трахеи в 8 (9,2%) наблюдениях. Причиной смерти больных этой группы была в основном (7 наблюдений) генерализация рака. Рецидив опухоли наблюдался лишь у одного пациента. Через 10 лет и более были живы 71,2% больных. В ряде случаев (23,3%) больным было отказано в терапии радиоактивным йодом по причине пожилого возраста и наличия сопутствующих заболеваний. Рецидив РЦЖ при наблюдении более 10 лет отмечен у 3 (7,0%) из 43 пациентов, у которых ВГН выделялся из опухоли, а не резецировался. Двое (в возрасте более 50 лет) из них погибли от продолженного роста и генерализации фолликулярного (радийоднегативного) и медуллярно-го РЦЖ.

Только 5 (35,7%) пациентов из 14, перенесших широкие циркулярные резекции верхних отделов пищеварительного тракта и дыхательных путей, пережили 5-летний и 1 (7,1%) – 10-летний промежуток времени после операций. Подобные операции приводили к инвалидизации больных, выраженным нарушениям качества жизни.

Больные дифференцированным РЦЖ, перенесшие расширенные вмешательства, имели лучшие перспективы. Их 5-летняя выживаемость составила 86,7%, 10-летняя – 70,6%.

После паллиативных вмешательств 40,7% пациентов дифференцированным и 17,1% – медуллярным РЦЖ прожили 5 лет и более. 10-летняя выживаемость в данной группе соответствовала 29,1% только для больных папиллярным и фолликулярным РЦЖ. Подобные результаты лечения частично обусловлены особенностями клинического течения дифференцированного РЦЖ. Кроме того, продлению жизни части (25,7%) этих больных служили курсы лечения радиоактивным йодом.

Заключение

Комбинированные, расширенные и паллиативные операции при «запущенном» дифференцированном РЦЖ обеспечили выздоровление или значительное продление жизни большинству больных, которые нередко рассматривались как инкурабельные. Максимально возможное удаление карцином создавало лучшие перспективы для жизни и выздоровления больных РЦЖ.

У пожилых и соматически ослабленных пациентов допустимо разделение хирургического лечения на два этапа, так как это улучшает непосредственные и не ухудшает отдаленные результаты лечения.

При распространении дифференцированных карцином ЩЖ за грудину и/или поражении метастазами лимфатических узлов средостения показана и эффективна частичная продольно-поперечная или продольная стернотомия для выполнения резекции органов и медиастинальной лимфаденэктомии.

При комбинированных и расширенных операциях по поводу папиллярного, фолликулярного и медуллярного РЩЖ органосберегательное отношение к гортани, трахее, пищеводу, ВГН имело явные преимущества (в непосредственных, отдалённых результатах и качестве жизни оперированных) перед широкими циркулярными резекциями указанных органов при прочих равных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А. И., Пропл Р. М. Рак щитовидной железы. – М., 1984. – 319 с.
2. Петерсон Б. Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. – М.: Медицина, 1976. – 367 с.
3. Романчишен А. Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы // Наука. – СПб, 1992. – 260 с.
4. Fujimoto Y., Obara T., Ito Y. Aggressive surgical approach for invasive papillary carcinoma of the thyroid in patients over forty-five years of age // Surgery. – 1986. – V. 100. № 6. – P. 1098–1099.

5. Lipton R. J., McCaffrey T. V., Van Heerden J. A. Surgical treatment of invasion of the upper aerodigestive tract by well-differentiated thyroid carcinoma // Am. j. surg. – 1987. – V. 154. № 4. – P. 363–367.

6. Melliére D. J., Ben Yahia N. E., Becquemin J. P. Thyroid carcinoma with tracheal or esophageal involvement: Limited or maximal surgery? // Surgery. – 1993. – V. 113. № 2. – P. 166–172.

7. Menzel C., Grünwald F., Schomburg A. «High-dose» radiotherapy in advanced differentiated thyroid carcinoma // J. nucl. med. – 1996. – V. 37. № 9. – P. 1496–1503.

8. Patel K. H., Shaha A. R. Locally advanced thyroid cancer. Curr. opin. otolaryng. // Head neck surgery. – 2005. – V. 13. – P. 112–116.

9. Rosa Peilizzo M., Toniato A., Boschin I. M. et al. Locally advanced differentiated thyroid carcinoma: a 35-yr mono-institutional experience in 280 patients // Nucl. med. commun. – 2005. – V. 26. – P. 965–968.

Поступила 22.10.2010

С. В. СИНЬКОВ, А. Е. МУРОНОВ, А. А. ФЕДОРЕНКО, Д. С. ВЕЛИЧКО

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ВТОРИЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ РАЗНИЦЫ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС

ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +78612526508. E-mail: pobeda_zip@mail.ru

В работе исследовано 24 пациента с вторичным острым поражением легких (ОПЛ) вследствие развития сепсиса, гемодинамических нарушений или других осложнений. Выявлено, что снижение уровня тромбоцитов артериальной крови по сравнению с венозной и повышение уровня коагуляционной активности артериальной крови по сравнению с венозной регистрировались у пациентов с вторичным ОПЛ примерно на сутки раньше снижения индекса оксигенации и на двое-трое суток раньше выявления других маркеров повреждения легких. Данные гемостазиологические изменения имели корреляционную взаимосвязь со значениями индекса оксигенации и согласно статистическому анализу свидетельствовали о высокой вероятности развития вторичного ОПЛ.

Ключевые слова: острое повреждение легких, нарушения гемостаза.

S. V. SINKOV, A. E. MURONOV, A. A. FEDORENKO, D. S. VELICHKO

PROGNOSIS OF DEVELOPMENT ACUTE SECONDARY LUNG INJURY ON THE BASIS OF AN ESTIMATION ARTERIO-VEINOS DIFFERENCE OF HEMOSTASIS PARAMETERS

Kuban medical university, department of anesthesiology, reanimatology and transfusiology,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina st., 4, tel. +78612526508. E-mail: pobeda_zip@mail.ru

24 patients with secondary acute lung injury (ALI) due to development of a sepsis, hemorrhagic shock or other complications were investigated. It was revealed, that reduction of a platelet level in arterial blood in comparison with venous and increase of coagulation activity level of arterial blood in comparison with venous were registered at patients with secondary acute lung injury approximately for day before reduction of a PaO₂/FiO₂ level on two – three day before revealing other markers of lung damage. This haemostasiological changes was correlated with PaO₂/FiO₂ values and according to the statistical analysis to high probability of development secondary ALI.

Key words: acute lung injury, haemostatic disturbances.

Введение

Синдром ОПЛ – один из наиболее часто встречающихся синдромов при критических состояниях [4, 9]. Частота развития ОПЛ варьирует в зависимости от использованных в эпидемиологических исследованиях

критериев диагностики и составляет в различных странах от 1,5 до 75 случаев на 100 000 человек в год [7, 9].

ОПЛ возникает вследствие воздействия различных биологически активных веществ (цитокины, интерлейкины), адгезии на эндотелии легочных сосудов лейко-