

ются от предыдущих редакций увеличением перечня нозологических форм за счет ретроспективного анализа некоторых опухолей в сравнении с отдаленными результатами. Такой подход позволил выделить некоторые нозологические формы с относительно благоприятным прогнозом и менее жестким протоколом адъювантного

химиолучевого лечения. Современные методы молекулярно-биологического исследования опухолей дают новые факты, осмысление которых является основанием для выделения новых онконологических единиц и, несомненно, что классификация будет совершенствоваться и пересматриваться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мацко Д.Е. Современные гистологические классификации опухолей центральной нервной системы. Актуальные вопросы онкоморфологии / Под ред. Н.М. Аничкова, А.Е. Колосова. — СПб.-Киров, 1996. — С.81-91.
2. Мацко Д.Е., Коршунов А.Г. Атлас опухолей центральной нервной системы. — СПб., 1998.
3. Хоминский Б.С. Гистологическая диагностика опухолей центральной нервной системы. — М., 1969.
4. Цюльх К.Д. Гистологическая классификация опухолей центральной нервной системы. — М.: 1983.
5. Kleihues P., Burger P.C., Scheithauer B.W. Histologic classification of tumours of the central nervous system. — New York: Springer-Verlag, 1993.
6. Pathology and Genetics of Tumors of the Nervous System / Eds. P. Kleihues, W.K. Cavenee. — Lyon: IARC Press, 2000.
7. Zulch K.J. Histologic Typing of Tumors of the Central Nervous System. — Geneva, 1979.
8. WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System (2007) / Eds. D.N. Louis, H. Ohgaki, O.D. Wistler, W. Cavenee. — Geneva: WHO Press, 2007. — P.16-172.

Адрес для переписки:

664079, Иркутск, м-р Юбилейный, 100, а/я № 35, Батороеву Юрию Климентьевичу — ассистенту кафедры онкологии ИГИУВ, e-mail: ybatoroev@mail.ru

© ПИНСКИЙ С.Б., ДВОРНИЧЕНКО В.В., РЕПЕТА О.Р. — 2009

МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Б. Пинский, В.В. Дворниченко, О.Р. Репета

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский; Институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра онкологии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. В статье представлены литературные данные и анализ собственных 10 наблюдений метастазирования злокачественных опухолей различного морфогенеза в щитовидную железу. Приводятся данные об их частоте, особенностях клинического течения, трудностях и ошибках в диагностике и выборе метода лечения. Особое внимание уделяется метастазированию светлоклеточного рака почек, трудностям в их диагностике и выборе лечебной тактики, неудовлетворительному прогнозу.

Ключевые слова: щитовидная железа, метастатический рак, светлоклеточный рак почек.

METASTATIC TUMORS OF THE THYROID GLAND

S.B. Pinskiy, V.V. Dvornichenko, O.R. Repeta

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

Summary. The report contains data from the literature and our own analysis of 10 cases of malignant tumor metastatic spreading to the thyroid gland. The data on frequency, clinical features, difficulties and mistakes in making diagnose and choose method of treatment are given. Special attention is paid to the metastases of kidney cancer, difficulties in diagnostics, choice of treatment and poor prognosis.

Key words: thyroid gland, metastatic carcinoma, clear cell renal carcinoma.

В проблеме злокачественных опухолей щитовидной железы важным остается вопрос о синхронном и метакронном развитии различных новообразований щитовидной железы и опухолей других локализаций. Вновь выявляемые опухолевые образования после лечения злокачественных новообразований, как правило, являются следствием прогрессирования основного заболевания. В таких наблюдениях, прежде всего, приходится исключать метастатический характер опухоли щитовидной железы. Метахронные опухоли второй локализации требуют дифференцированного подхода в диагностике и выборе лечебной тактики. Своевременное выявление изолированных метастазов в щитовидной железе при верифицированной первичной опухоли и отсутствии других метастатических очагов создает предпосылки для их оперативного удаления, улучшения выживаемости и качества жизни. Вместе с тем, и до настоящего времени существуют диагностические трудности как в распознавании метастатических опухолей щитовидной железы, так и в выявлении первичной опухоли при наличии метастаза в щитовидной железе.

Вариабельность клинических проявлений затрудняет своевременную диагностику метастатических опухолей щитовидной железы. В большинстве опубликованных наблюдений метастатические опухоли щитовидной железы были диагностированы как узловой зоб или первичный рак щитовидной железы. Даже в тех наблюдениях, в которых первичная опухоль была распознана, метастатические опухоли нередко диагностировались как первичные заболевания щитовидной железы, и лишь гистологическое исследование операционного материала позволяло верифицировать истинную природу новообразования.

О частоте метастазирования злокачественных опухолей в щитовидную железу в литературе приводятся весьма разноречивые сведения как по данным клинических наблюдений, так и результатов аутопсии. J. Mortensen и соавт. (1956) сообщили о данных аутопсии 467 больных с различными злокачественными опухолями, у 18 (3,8%) из которых выявлены метастатические опухоли щитовидной железы [41]. K. Shimaoka и соавт. (1962) по материалам 1999 аутопсий выявили ме-

тастазирование в щитовидную железу в 188 (9,3%) наблюдениях [54]. S. Warren и W. Meisner (1969) при аутопсии 5673 умерших от рака выявили метастазы в щитовидную железу в 9,5% при раке молочной железы, в 8,5% при раке бронхов, в 20% при меланоме кожи шеи [63]. По данным R. De Lellis (2004) при аутопсии метастазы в щитовидную железу выявляются у 25% больных с диссеминированными злокачественными образованиями [21].

По данным различных авторов частота клинически выявленного метастазирования злокачественных опухолей в щитовидную железу встречается значительно реже, чем при аутопсии и составляет 2-17% [39,52]. G. Long и B. Black (1945) сообщили о 22 наблюдениях метастатических опухолей щитовидной железы, выявленных в результате произведенных 50000 тиреоидэктомий [37]. G. Bruce и W. Michie (1954) отметили метастатические опухоли щитовидной железы в 4 наблюдениях на 1600 выполненных тиреоидэктомий [17]. По данным А.П. Калинина и соавт. (1973), до 1971 г в литературе было опубликовано около 200 наблюдений метастатических опухолей в щитовидную железу и сообщили о 40 собственных наблюдениях, в 37 из которых метастазы обнаружены при аутопсии [4]. О редкости метастатических опухолей в щитовидную железу также свидетельствуют данные последних двух десятилетий. P. McDaniel и соавт. (1985) сообщили о 17, M.K. Nakhjavani и соавт. (1997) — о 43, F. Menegaux и J. Chigot (2001) — о 14, C.S. Heffess и соавт. (2002) — о 36, T. Kim и соавт. (2005) — о 22 больных с метастатическими опухолями щитовидной железы [31,34,40,44].

Метастатические опухоли щитовидной железы могут возникать вследствие прямого распространения из пораженных структур (глотки, гортани, трахеи, пищевода и др.) или в результате гематогенного или лимфогенного метастазирования из отдаленных органов. В щитовидную железу могут метастазировать злокачественные опухоли любой локализации и различного морфогенеза.

По данным А.П. Калинина и соавт. (1973) в 22 из 40 наблюдений метастазы в щитовидной железе были из рака бронхов, а в 18 — из опухолей другой локализации (молочная железа, гортань, кожа, почки, пищевод, желудок, поджелудочная железа, кишечник, надпочечник) [4]. J. Crech и соавт. (1982) у 2 из 12 больных с метастазами в щитовидной железе установили первичные опухоли в легких, у 5 — в почках, у 4 — в молочной железе, у 1 — в прямой кишке [19]. По данным F. Menegaux и J. Chigot (2001), среди 14 больных с метастатическим раком щитовидной железы первичной опухолью были рак почки (3), рак молочной железы (3), рак легкого (4), меланомы кожи (1), а у 3 больных первичный очаг не идентифицирован [40]. D. Dequanter и соавт. (2003) установили, что у 6 из 11 больных причиной метастаза был рак легкого, у 2 — рак почки, у 1 — рак пищевода, у 1 — лейомиосаркома, у 1 — рак гортани. По данным M. K. Nakhjavani и соавт. (1997) рак легкого является причиной метастаза в щитовидную железу в 16%, K. Lam и C. Lo (1998) — в 43%, S. Naraguchi и соавт. (2004) — в 44% наблюдений [30,35,44].

К достаточно редким наблюдениям следует отнести метастазы в щитовидную железу первичного рака желчного пузыря [62], злокачественной шванномы затылочной области у больного 17 лет [66], рака простаты

[15], назофарингиальной карциномы и остеосаркомы [21], карциноида бронха [38].

Метастатические опухоли могут выявляться как в неизменной тиреоидной ткани, так и при наличии различных заболеваний щитовидной железы (узловой зоба, аденомы, тиреоидита). Некоторые авторы считают, что метастазы чаще возникают в аденоматозно измененной ткани щитовидной железы [11,31]. Метастазы могут возникать даже на фоне ранее существовавшей карциномы щитовидной железы [14]. А.П. Калинин и соавт. (1973) из 22 метастатических опухолей щитовидной железы, развившихся из рака бронха, в 7 наблюдениях отметили нормальное строение железы, в 7 — микрофолликулярный зоб, в 2 — сосочковую цистаденому. В 6 наблюдениях строение железы вне метастаза не изучалось [4].

Возрастные и половые особенности метастатических опухолей щитовидной железы не отмечены. Частота метастазирования у мужчин и женщин, в отличие от первичного рака щитовидной железы, примерно одинакова. По данным M. Nakhjavani и соавт. (1997), среди 43 больных с метастатическими опухолями в щитовидную железу были 23 женщины и 20 мужчин, а средний возраст составил 66 лет [44]. В наблюдениях F. Menegaux и J. Chigot (2001) больные с метастатическим раком щитовидной железы были в возрасте от 35 до 81 года (средний возраст составил 66 лет), а по данным T. Kim и соавт. (2005) — в возрасте от 34 до 74 лет [34,40].

В большинстве наблюдений метастатические опухоли в щитовидной железе выявлялись в различные сроки после распознавания первичной опухоли уже известной локализации. В ряде наблюдений метастазы в щитовидной железе выявлялись одновременно с первичной опухолью или позволяли выявить первичный очаг после цитологического или гистологического исследования метастатической опухоли [29,34]. По данным F. Menegaux и J. Chigot (2001), у 8 из 14 больных исследования метастатической карциномы щитовидной железы помогли определить первичную локализацию опухоли. C.S. Heffess и соавт. (2002) отметили, что в 36% случаев тиреоидные метастазы были первыми проявлениями опухоли [31,44].

В литературе приводятся различные сроки выявления метастазов в щитовидной железе после проведенного лечения первичной опухоли. В 3 наблюдениях K. Shimaoka и соавт. (1962) метастазы в щитовидной железе развились через 3, 4 и 5 лет у больных, оперированных соответственно по поводу аденокарциномы эндометрия, рака сигмовидной кишки и рака молочной железы [54]. J. Thomson и соавт. (1975) сообщили о метастазировании в щитовидную железу через 4 года после операции по поводу рака печеночного угла толстой кишки [57]. В наблюдениях J. Crech и соавт. (1982) операции на щитовидной железе по поводу метастатической опухоли были выполнены через 6 и 7 лет после нефрэктомии и мастэктомии [19]. J. Page и J. Ramsae (1985) сообщили об увеличении щитовидной железы у больной через 4 месяца после операции по поводу рака бронха, а спустя год была выполнена операция на щитовидной железе (гистологически верифицирован метастаз рака бронха) [47]. P. McDaniel и соавт. (1985) у 13 из 17 больных отметили метастазы в щитовидной железе в среднем через 18 месяцев после проведенного

лечения рака гортани (5), почки (2), легких (2), миндалина (1), носоглотки (1), шейки матки (1), меланомы кожи (1). В 4 наблюдениях метастаз в щитовидной железе отмечен одновременно с выявлением первичной опухоли (рак пищевода и легких).

Каких-либо особенностей локализации метастатических опухолей щитовидной железы не отмечено. Чаще всего метастаз возникает в одной доле в виде солитарного узла, плотно-эластической консистенции, нередко инкапсулированного. Размеры метастазов варьируют в широких пределах, но чаще всего не более 2-3 см в диаметре. В ряде наблюдений отмечены небольшие рассеянные множественные узелки, в других – конгломераты узлов, неравномерно расположенные в ткани железы. Встречаются также крупные одиночные узлы (до 10-15 см в диаметре), занимающие часть одной доли. Опухолью может быть замещена вся железа. Встречается диффузное поражение железы множественными мелкими метастатическими очагами, без значительного увеличения ее размеров. Железа при этом уплотнена, белесовата и мелкозерниста на разрезе. Нередко наблюдается прорастание опухоли в окружающие ткани [2].

Гистологически метастазы, как правило, сохраняют строение первичной опухоли, но часто менее дифференцированы. Между метастатическими узлами сохраняются участки тиреоидной ткани. Внутри щитовидной железы метастазы растут инфильтративно, распространяясь по лимфатическим путям. Нередко в области инфильтрирующейся опухолевой ткани строма щитовидной железы фиброзирована и инфильтрирована лимфоидными и плазматическими клетками [12]. В отличие от тиреоидной карциномы в метастазах отмечается отсутствие тиреоглобулина и присутствие СД-10. Однако, иногда тиреоглобулин может присутствовать в метастазах, а в ряде случаев он может распространяться в цитоплазму опухолевой клетки. В дифференциальной диагностике более надежным является позитивная реакция на TTF-1 – фактор 1 тиреоидной транскрипции [21].

Диагностика метастатических опухолей щитовидной железы должна быть комплексной и основанной на данных анамнеза, клинического обследования, а также результатов морфологического, радиоизотопного, УЗИ, КТ и иммуногистохимического исследований.

Ценным методом диагностики является тонкоигольная аспирационная биопсия образования в щитовидной железе и лимфатических узлов. Цитологическое исследование пунктатов опухоли и метастазов позволяет поставить правильный диагноз в 80-92% наблюдений [15,23,34,38,45,50]. Вместе с тем, нередко возникают значительные трудности в дифференциальной диагностике с низкодифференцированными и недифференцированными карциномами щитовидной железы [21,56].

Трудности распознавания метастатических опухолей усугубляются различным функциональным состоянием щитовидной железы. В большинстве наблюдений ее функциональные нарушения не отмечались [15,21,57]. В наблюдениях F. Basourt и соавт. (1980), J. Tibaldi и соавт. (1986), M. Wheeler (1988), M. Vorne и K. Jarvi (1988) были отмечены клинические признаки тиреотоксикоза, что может быть обусловлено деструкцией паренхи-

мы и высвобождением тиреоидных гормонов [21,62]. J. Part и J. Ramsay (1985) сообщили о снижении функции щитовидной железы [47], а K. Shimaoka и соавт. (1962) о микседеме у женщины при полном замещении щитовидной железы метастатической опухолью [54].

Особое внимание клиницистов привлечено к метастазированию рака почки в щитовидную железу. Это объясняется как значительной частотой его среди других метастатических опухолей в щитовидной железе, так и высокой степенью злокачественности, быстрым ростом и наличием отдаленных метастазов.

Рак почки занимает 10-е место по уровню заболеваемости среди злокачественных новообразований и составляет 2-3% среди всех раковых заболеваний. Заболеваемость зависит от возраста и достигает максимума к 70 годам, у мужчин встречается в 2 раза чаще, чем у женщин [1,7].

Выделяют 5 видов рака почки: светлоклеточный, хромофильный (папиллярный), хромофобный, онкоцитарный и рак собирательных протоков. Светлоклеточный рак почки является наиболее частой опухолью, составляет 70-90% всех злокачественных ее новообразований и отличается высокой частотой метастазирования [6,7,9,48]. Частота гематогенного метастазирования светлоклеточного рака почки в значительной степени определяется тем, что опухоль имеет развитую капиллярную сеть и очень часто прорастает вены.

Рак почки метастазирует гематогенным и лимфогенным путем. Метастазы могут локализоваться в различных органах, но чаще в легких, лимфатических узлах, костях, печени, надпочечниках, головном мозге. Метастазы опухолей почки обладают различными темпами роста. По данным В.Б. Матвеева (2004), на момент установления диагноза метастазы обнаруживаются у 25% больных. У 30-50% больных в различные сроки после нефрэктомии появляются метастазы, при этом солитарные метастазы или метастатическое поражение только одного органа встречается только в 3-11% случаев [7].

Известно, что клинические проявления при раке почки возникают в основном на поздних стадиях. Поэтому при раннем метастазировании они нередко являются до появления симптомов, указывающих на злокачественную опухоль почки. В связи с этим, в клинической картине рака почки особое место занимает симптоматика, обусловленная метастазированием.

Относительно небольшое количество опубликованных наблюдений свидетельствует о редкости метастазирования светлоклеточного рака почки в щитовидную железу и о трудностях его распознавания. В то же время, увеличение количества соответствующих сообщений свидетельствует о возросшей осведомленности врачей о возможном метастазировании рака почки в щитовидную железу и проявляемым в связи с этим целенаправленным вниманием при патологоанатомических вскрытиях.

В клинике Мейо у 3 из 22 больных с метастатическими опухолями в щитовидной железе они были метастазами рака почки [47]. G. Bruce и W. Michie (1954) выявили метастазы рака почки у 2 из 4 больных с метастатическими опухолями щитовидной железы [17]. F. Basourt и соавт. (1980) среди 4000 оперированных больных по поводу узловых форм зоба у 2 мужчин и у 1 жен-

щины выявили метастазы светлоклеточной опухоли почек в щитовидную железу [13]. В.А. Самсонов (1985) сообщил о 25 случаях метастазов рака почки в щитовидную железу на материале 1248 аутопсий. По данным М. Nakhjavani и соавт. (1997) у каждого третьего из 43 больных метастатические опухоли в щитовидной железе были из рака почки [44]. F. Menegaux и J. Chigot (2001) установили, что у 3 из 14 больных рак почки был причиной метастатического поражения щитовидной железы [40]. C.S. Heffess и соавт. (2002) привели данные о 36 случаях метастазов рака почки в щитовидной железе. По данным D. Dequanter и соавт. (2003) у 2 из 11 больных метастатический рак в щитовидной железе был из рака почки, по данным Т. Kim и соавт. (2005) — у 3 из 22 [21,23].

Более чем в половине опубликованных наблюдений метастазы не были распознаны, диагностировались как зоб или первичная опухоль щитовидной железы и лишь гистологическое исследование позволило установить истинный характер выявляемого в ней образования. В большинстве других наблюдений диагноз был установлен лишь на аутопсии. Следует отметить, что трудности распознавания метастазирования рака почки (в частности, в щитовидную железу) в определенной степени связаны с частым развитием при раке почки так называемого паранеопластического синдрома.

Большинство авторов подчеркивают необычность клиники метастазирования светлоклеточного рака почки в щитовидную железу. Отсутствие «почечных» жалоб позволяет говорить о раннем метастазировании светлоклеточного рака почки в щитовидную железу [24,39]. Ряд авторов указывают на многолетнюю почечную симптоматику (гематурия, боли в почечной области и др.), которая не принималась во внимание при установлении диагноза первичного заболевания щитовидной железы [18]. Это указывает на возможность длительного течения злокачественного процесса в почках до возникновения метастазов. М. Johnson и соавт. (1982) описали наблюдение карциномы щитовидной железы, в котором в действительности имело место (через 17 лет после нефрэктомии) метастазирование рака почки. В наблюдении С. Bohn и Р. Gjogur (1954) операция на щитовидной железе по поводу метастаза рака почки произведена через 18 лет после нефрэктомии. По данным C.S. Heffess и соавт. (2002) появление метастазов в щитовидной железе после нефрэктомии по поводу рака почки в среднем составило 9,4 года (от 2 до 21,9 лет) [31]. В сообщениях приводятся различные сроки выполнения операций на щитовидной железе по поводу метастазов рака почки после нефрэктомии: Н. Welti и J. Chevalley — через 10 лет, J. Weerdenburg и Р. Jiirgens (1984) — через 8 лет, J. Burge и Blalok (1967) — через 7 лет, М. Sgro и соавт. (1984) — через 5 лет, Р. Pacilli и соавт. (1998) — через 5 лет. А.Т. Идобаев и В.М. Сиденко (1975) оперировали больную 68 лет по поводу узловатого токсического зоба, у которой 10 лет назад была произведена нефрэктомия по поводу рака почки. Была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы и только при гистологическом исследовании диагностирован метастаз рака почки [3].

Приведенные данные убедительно свидетельствуют о возможности длительного существования метастазов светлоклеточного рака почки в щитовидной железе,

латентном их течении, что также подтверждает особенности метастазирования этой опухоли в щитовидную железу.

На предпосылки метастазирования светлоклеточного рака почки в щитовидную железу существуют различные мнения. Некоторые авторы полагают, что ему предшествуют заболевания щитовидной железы [11,28]. По данным C.S. Heffess и соавт. (2002) в 42% наблюдений метастазы из рака почки возникли при наличии в щитовидной железе различных заболеваний. Экспериментальными данными показано, что уменьшение кровотока в измененной щитовидной железе способствует возникновению в ней метастазов как вследствие замедления кровотока [27], так и снижения насыщения кислородом тиреоидной ткани [18]. Метастазы светлоклеточного рака почки могут развиваться и в неизмененной ткани щитовидной железы. В этих случаях морфологическая интактность железы, в свою очередь, указывает на метастатическую природу обнаруженной опухоли [64].

Данные о возрастных особенностях при метастазировании светлоклеточного рака почки в щитовидную железу разноречивы. По данным ряда авторов возраст больных чаще превышал 50 лет [10]. Описаны наблюдения метастатических опухолей светлоклеточного рака почки в щитовидную железу у больных старше 70 лет [28,50,53,57]. V. Saito и соавт. (1982), на основании анализа частоты и локализации метастазов в связи с возрастом больных (по данным аутопсии) указывают, что частота метастазов в щитовидную железу уменьшается с увеличением возраста.

Какой-либо специфичности в локализации метастаза светлоклеточного рака почки в щитовидную железу не выявлено. Как правило, он бывает одиночным, округлой формы, небольших размеров. Вид опухолевого узла на разрезе настолько характерен, что, по мнению Н. Welti и J. Chevalley (1966) и J. Horowitz и соавт. (1966), его нельзя принять за какую-либо первичную опухоль щитовидной железы. Он имеет желтовато-оранжевую окраску, дольчатое строение и содержит мелкие изолированные кисты [33,64].

Во всех сообщениях подчеркиваются трудности распознавания метастазов светлоклеточного рака почки в щитовидную железу. Даже в тех наблюдениях, в которых ранее производилась нефрэктомия и было гистологическое подтверждение, скудные клинические проявления метастазирования не позволяли поставить правильный диагноз. В других наблюдениях «нефрологический анамнез» вообще не рассматривался в связи с патологией щитовидной железы.

Трудности в диагностике метастазов рака почки в щитовидной железе обусловлены их редкостью, отсутствием в ряде наблюдений достаточных для глубокого анализа клинико-анатомических сопоставлений, сложностью дифференциального цитологического диагноза [64].

В ряде наблюдений правильный диагноз был установлен после пункционной биопсии щитовидной железы, которая производилась в связи с подозрением на новообразование в ней [19,36,50].

Если макроскопически вид метастатического узла довольно характерен, то при микроскопическом исследовании возникают трудности в дифференциации с

первичным тиреоидным светлоклеточным раком или аденомой щитовидной железы и раком околощитовидных желез из светлых клеток. Гистологическое строение метастатических опухолей в основном повторяет гистоструктуру первичного новообразования, но часто имеет место низкая дифференцированность опухолевой ткани. Гистологически метастатические узлы бывают окружены соединительной тканью и состоят из долек разной величины, содержащих типичные полигональные крупные светлые клетки с прозрачной пенистой цитоплазмой и центрально расположенным крупным ядром [12].

В Иркутском областном онкологическом диспансере в 1998-2001 гг. были оперированы 10 больных с метастатическими опухолями щитовидной железы. Среди них было 7 женщин и 3 мужчин. В возрасте до 60 лет было 2, от 61 до 70 лет — 3 и старше 70 лет — 5 больных (средний возраст составил $67,2 \pm 5,4$ лет).

В одном случае имело место раннее метастазирование рака почки в щитовидную железу.

Больной в возрасте 59 лет, поступил повторно через 5 месяцев после произведенной нефрэктомии по поводу светлоклеточного рака почки с жалобами на давление в области шеи, затрудненное дыхание и глотание, слабость, головокружение, кровохаркание. При поступлении данных за рецидив опухоли почки не отмечено. В проекции обеих долей щитовидной железы выявлены плотные опухолевидные образования 10 x 10 см, малоподвижные с прорастанием в кожу. При УЗИ щитовидной железы обнаружены опухолевидные образования в обеих ее долях. При ларингоскопии: гортань смещена влево, ограниченно подвижна, трахея стенозирована опухолью. При фибробронхоскопии: опухоль располагается на уровне от 1-2 колец трахеи до яремной вырезки грудной клетки с прорастанием в стенку трахеи. В связи со стенозом трахеи и кровотечением по жизненным показаниям выполнена операция — эпифасциальная тиреоидэктомия с резекцией трахеи, наложена трахеостома. При гистологическом исследовании: во всех отделах щитовидной железы метастазы рака почки. Больной умер через 4 месяца от генерализации рака почки.

Представляет интерес редкое наблюдение метастаза меланомы кожи в щитовидную железу. Известно, что меланома кожи, особенно в области головы и шеи, относится к числу редких форм опухоли, отличается высокой степенью злокачественности, регионарного и гематогенного метастазирования, многообразием клинических проявлений ее метастазов и сложностью их клинической диагностики. Гематогенные метастазы меланомы кожи локализуются преимущественно в легких, печени, мозге, скелете и очень редко в щитовидной железе [8]. В литературе приводятся единичные клинические наблюдения метастазов меланомы кожи в щитовидной железе [2,40,63].

Больная 43 лет, за 3 года до поступления была оперирована в областном онкологическом диспансере по поводу меланомы кожи левой ушной раковины (диагноз подтвержден морфологическим исследованием). Жалобы при поступлении на опухолевидное образование в области шеи, которое обнаружила 6 месяцев назад. При обследовании в левой доле щитовидной железы выявлено опухолевидное образование 3 x 2,5 см, плотное, малоподвижное, сниженной экзогенности. При пункционной биопсии диагностирован метастаз меланомы кожи в щитовидной железе. При обследовании рецидива и других метастазов не выявлено. Учитывая солитарный характер метастаза, произведена субтотальная резекция щитовидной железы (метастаз меланомы подтвержден гистологическим исследованием), назначена иммунотерапия. Больная умерла через год от генерализации процесса.

8 больных были направлены в диспансер с подозрением на опухоль щитовидной железы. У 5 из них, по данным клинического обследования и УЗИ, выявлены

одиночные узлы в одной из долей, у 3 — в обеих долях щитовидной железы, размерами от 2 до 5 см, округлой формы, различной экзогенности. Данные тонкоигольной пункционной биопсии у всех больных оказались нерезультативными (были диагностированы папиллярный или фолликулярный рак — 5, дистрофические изменения эпителия — 3). Все больные были оперированы. При гистологическом исследовании удаленных щитовидных желез у всех больных диагностирован метастаз светлоклеточного рака почки. Больные были переведены в урологическое отделение, где после дополнительного обследования были произведены нефрэктомии по поводу рака почки (диагноз верифицирован морфологическим исследованием). Таким образом, во всех случаях имели место ошибки в диагностике первичной опухоли.

Лечение метастатических опухолей щитовидной железы является исключительно трудным, связано с решением сложных задач, возникающих перед онкологами и эндокринологами. Естественно, что при генерализованном метастазировании операция на щитовидной железе нецелесообразна.

Солитарные метастазы различных опухолей в щитовидную железу нередко отражают особенности первичной опухоли, характеризуются в ряде наблюдений длительным латентным течением, что создает определенные благоприятные предпосылки для их оперативного удаления. Однако, и до настоящего времени результаты лечения остаются неудовлетворительными, а приводимые авторами данные, основанные на небольшом количестве наблюдений, весьма противоречивы.

Химио-гормональная и лучевая терапия оказались практически неэффективными [21,51,59].

J. Crech и соавт. (1982) сообщили об оперативном лечении 12 больных с метастатическими опухолями щитовидной железы. У 3 больных была выполнена тотальная, у 9 — субтотальная резекция щитовидной железы с последующей лучевой и химиотерапией. Средняя выживаемость составила около 3 лет при метастазах рака почки и молочной железы и только 1-2 месяца при метастазах рака других локализаций. B. Tolia и W. Whitnore (1975), F. Torti (1983) отмечают, что у больных с солитарными метастазами рака почки радикальное лечение обеспечивает 5-летнюю выживаемость в 35% соответствующих наблюдений. Вместе с тем, авторы подчеркивают высокую частоту обнаружения новых метастазов после удаления солитарного метастаза. P. [19,61]. McDaniel и соавт. (1985) отметили, что продолжительность жизни больных, подвергшихся операции в связи с наличием метастазов в щитовидной железе, составила в среднем 12 месяцев. У больных, у которых увеличение щитовидной железы было отмечено одновременно с верификацией первичной опухоли, продолжительность жизни составила 1-9 месяцев. По данным F. Menegaux и J. Chigot (2001), все 14 больных с метастатическими опухолями щитовидной железы были оперированы. У 3 из них была выполнена тиреоидэктомия, у 7 — резекция щитовидной железы и у 4 — тиреоидэктомия с лимфаденэктомией. Из них 11 умерли менее чем через год после операции, 1 больной жил более года, другой — более 2 лет и только 1 больной наблюдался в течение 22 лет после лечения первичного очага (рака кожи) и 10 лет после тиреоидэктомии [40].

По данным Т. Kim и соавт. (2005), только 3 из 22 больных с метастатическим раком щитовидной железы были оперированы (у 10 проведена химиотерапия, у 2 — лучевое лечение) [34].

Н.А. Лопаткин (1998) считает, что факт обнаружения солитарного метастаза рака почки должен служить показанием к операции, которому должно предшествовать тщательное и всестороннее обследование больного, направленное на выявление других очагов метастазирования [5]. По данным В.Б. Матвеева (2004), удаление единичных метастазов при раке почки (при возможности полного удаления первичной опухоли, отсутствии других локализаций и проявлений метастатической болезни) улучшает выживаемость и качество жизни больного и позволяет продлить жизнь до 5 и более лет [7].

Отдаленные результаты прослежены у всех наших больных. В сроки до 1 года после удаления метастаза в щитовидной железе и нефрэктомии умерли 4 больных, до 3 лет — 4 и до 5 лет — 2. У 6 больных причиной смерти явилась генерализация злокачественного процесса.

В литературе приводятся данные о возможности спонтанной регрессии метастазов (преимущественно легочных) светлоклеточного рака почки. Большинство авторов отмечают, что нефрэктомия при раке почки очень редко приводит к спонтанной регрессии метастазов. К 1967 г. в литературе было описано 18 случаев регрессии документально подтвержденных метастазов опу-

холи почек в легкие (R. Middleton). По данным J. Deweerd и соавт. (1977), в литературе имелись сообщения о 40 наблюдениях спонтанной регрессии метастазов светлоклеточного рака почек после удаления первичной опухоли (в 37 случаях отмечались метастазы в легких) [22]. W. Slisow и G. Marx (1984) сообщили о 101 больном раком почки, у 70 из которых были обнаружены отдаленные метастазы. Только у одного больного после нефрэктомии наступила полная регрессия метастазов в легких [55]. По данным В.Б. Матвеева (2004), у 0,4-0,8% больных раком почки после нефрэктомии отмечается спонтанная регрессия метастазов, а у 20-30% — стабилизация процесса (отсутствие роста первичной опухоли и появление новых метастазов) [7].

Факты спонтанной регрессии метастазов после нефрэктомии послужили основанием к применению неспецифической иммунотерапии (интерфероны, интерлейкины), которая является сегодня наиболее распространенным и доступным методом лечения. Одним из наиболее перспективных направлений иммунотерапии является аллотрансплантация стволовых клеток [7].

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости всестороннего и углубленного обследования больных с узловыми образованиями в щитовидной железе для исключения первичной злокачественной опухоли другой локализации и возможности метастатического ее поражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.А., Ткачук В.Н. Опухоли мочеполовых органов. — СПб.: Питер, 2000. — 320 с.
2. Бомаиш Н.Ю. Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. — М.: Медицина, 1981.
3. Идобаев А.Т., Сиденко В.М. Метастаз гипернефром в щитовидную железу // Клиническая хирургия. — 1975. — № 1. — С.74-75.
4. Калинин А.П., Ермулович Я.В., Фикс А.Ф. Метастазы опухолей в щитовидную железу // Хирургия. — 1973. — № 3. — С.30-33.
5. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. — М.: Медицина, 1998. — Т. 3. — 672 с.
6. Маринбах Е.В. Забрюшинные опухоли, опухоли надпочечника и почки / Клиническая онкология. — М., 1979. — С.229-264.
7. Матвеев В.Б. Энциклопедия клинической онкологии. — М., 2004. — С.490-500.
8. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. — М.: Медицина, 2000. — 480 с.
9. Самсонов В.А. Опухоли почек и почечных лоханок. — М.: Медицина, 1970.
10. Самсонов В.А. Патоморфология опухолей почек и верхних мочевыводящих путей. — М., 1981.
11. Урюмов Б.П. Патологическая анатомия заболеваний эндокринных желез / Многотомное руководство по патологической анатомии. — М., 1963. — Т. 1. — С.121-128.
12. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Руководство. — СПб.: СОТИС, 2002. — 288 с.
13. Bacourt F., Franc B., Hannoun L., et al. Metastases thyroïdiennes des tumeurs du rein 3 observations // Nouv. Phresse med. — 1980. — Vol. 9, № 20. — P.1431-1433.
14. Balach Z.W., Livolsi V.A. Tumor-to-tumor metastasis to follicular variant of papillary carcinoma of thyroid // Arch. Pathol. Lab. Med. — 1999. — Vol. 123. — P.703-706.
15. Bayram F., Soyuer I., Demirci D., et al. Prostate adenocarcinoma metastasizing to the thyroid gland // 6 European congress of endocrinology. — Lyon, 2003.
16. Björn C.S., Gjørup P.A. Metastasis from a hypernephroma to the thyroid glands // Acta Path. Microb. Scand. — 1954. — Vol. 35, F.4. — P.321-331.
17. Bruce G.G., Michie W. Metastatic hypernephroma of the thyroid gland // Brit. J. Surg. — 1954. — Vol. 42, № 173. — P.257-263.
18. Burge J.P., Blalock J.B. Metastatic hypernephroma of the thyroid gland // Am. J. Surg. — 1967. — Vol. 113, № 3. — P.387-389.
19. Crech J.M., Lichtor T.R., Carney J.A., et al. Neoplasm metastatic to the thyroid gland // Surg. Gynecol. Obstet. — 1982. — Vol. 155, № 4. — P.503-505.
20. Dekernion J.B., Bamming K.R., Smith R.B. The natural history of metastatic renal cell carcinoma: a computer analysis // J. Urol. — 1978. — Vol. 120, № 2. — P.148-152.
21. De Lellis R. Secondary tumours of the thyroid // Pathology and Genetics of Tumours of Endocrine Organs. — JARC Press, Lyon, 2004. — P.122-123.
22. Deweerd J.H., Hawthorne N.J., Adson M.A. Regression of renal cell hepatic metastasis following removal of primary lesions // J. Urol. — 1977. — Vol. 117, № 6. — P.790-792.
23. Dequanter D., De Somerhausen N., Larsimont D., et al. The thyroid as the organ of metastatic neoplasms // 6 European congress of endocrinology. — Lyon, 2003.
24. Edson M., Donoghue J.J., Lewis C.W. Carcinoma of the kidney presenting as a thyroid nodule // J.A.M.A. — 1963. — Vol. 184, № 12. — P.970-971.
25. Elliot H.E.R., Frantz V.K. Metastatic carcinoma masquerading as primary thyroid cancer: report of authors 14 cases // Ann. Surg. — 1960. — Vol. 151, № 4. — P.551-561.
26. Folvo L., Catania A., Sorrenti S., et al. Prognostic significance of the age factor in the thyroid cancer. Statistical analysis // J. Surg. Oncol. — 2004. — Vol. 88, № 4. — P.217-222.
27. Fischer B., Fischer E.R., Feduska N. Trauma and the localization of tumor cells // Cancer (Philad.). — 1967. — Vol. 20, № 1. — P.23-30.
28. Friberg S., Kinnman J. Renal adenocarcinoma with metastases to the thyroid gland // Acta Otolaryngol. — 1969. — Vol. 67, № 5. — P.552-562.
29. Haraguchi S., Hioki M., Yamashita K., et al. Metastases to the thyroid from lung adenocarcinoma mimicking thyroid carcinoma // Jap. J. Thorac. and Cardiovas. Surg. — 2004. — Vol. 52, № 7. — P.353-356.
30. Heerden J., Grant C., Gharib H., et al. Long-term Course of Patients with Persistent Hypercalcitonemia after Apparent Curative Primary Surgery for Medullary Thyroid Carcinoma // Ann. Surg. — 1990. — Vol. 2123. — P.395-401.
31. Heffess C.S., Wenig B.M., Thompson L.D. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland: a clinicopathologic study of 36 cases // Cancer. — 2002. — Vol. 95. — P.1869-1878.
32. Heiman P. Sem hypernefroid-metastas im thyreoide nefrektomi // Noed. Med. — 1961. — Vol. 65, № 21. — P.752-754.
33. Horowitz J.J., Fajardo M., Callahan L.D., et al. Clear cell carcinoma of the thyroid // Int. Surg. — 1966. — Vol. 45, № 4. — P.429-439.
34. Kim T.Y., Kim W.B., Gong G., et al. Metastasis to the thyroid diagnosed by fine needle aspiration biopsy // Clin. Endocrinol. — 2005. — Vol. 62, № 2. — P.236-241.
35. Lam K.Y., Lo C. Metastatic tumors of the thyroid gland: a study of 79 cases in Chinese patients // Arch. Pathol. Lab. Med. — 1998. — Vol. 122. — P.37-41.
36. Lennard T.W., Waderhra V., Farndon J.R. Fine needle aspiration biopsy in diagnosis to thyroid gland // J. Roy. Soc. Med. — 1984. — Vol. 77, № 3. — P.196-197.

37. Long G.C., Black B.M. Metastatic hypernephroma of thyroid // Proc. Maxo Clin. — 1945. — Vol. 20. — P.43-48.
38. Maly A., Meir K., Maly B. Isolated carcinoid tumor metastatic to the thyroid gland // Acta cytol. — 2006. — Vol. 50, № 1. — P.84-87.
39. Melicow M.M., Uson A.C. Nonurologic symptoms in patients with renal cancer // J.F.M.A. — 1960. — Vol. 172, № 2. — P.146-152.
40. Menegaux F., Chigot J.P. Les metastases thyroïdiennes // Ann.Chir. — 2001. — Vol. 126, № 10. — P.981-984.
41. Middleton R. Surgeru for metastatic renal cell carcinoma // J.Urol. — 1967. — № 97. — P.973-977.
42. Mortensen J.D., Woolner L.B., Bennell W.A. Secondary Malignant tumor of the thyroid gland // Cancer (Philad.). — 1956. — Vol. 9, № 2. — P.306-309.
43. Nakano E., Sonoda T., Fujoka H., et al. Spontaneous Regression pulmonary metastases after nephrectomy by renal cell // Europ.Urol. — 1984. — Vol. 10, № 10. — P.212-213.
44. Nakhjavani M.K., Gharib H., Goellner J.R., Heerden J.A. Metastasis to the thyroid gland. A report of 43 cases // Cancer. — 1997. — Vol. 79. — P.574-578.
45. Oliver R.T., Highman W.J., Kellett M.J., et al. The value of fine needle aspiration cytology in the management of metastasis gerh cell tumors // Brit.J.Urol. — 1985. — Vol. 57. — P.200-203.
46. Pacilli P., Ambrosirani L., Bellone S., et al. Metastasi tiroidea di carcinoma renale a cellule chiare: Caso clinico // Minerva chir. — 1998. — Vol. 53, № 10. — P.841-843.
47. Parr J.H., Ramsay J. Metastatic carcinoma of Brouchus Associated with Hashimoto Thyroiditis // Brit.J.Clin.Pract. — 1985. — Vol. 39, № 4. — P.160-162.
48. Patel N.R., Lavengood R.W. Renal cell carcinoma-natural history and results of treatment // J. Urol. — 1978. — Vol. 119, № 66. — P.722-726.
49. Pillay S.R., Anyorn J.B. Metastatic cancer in the thyroid gland // Cancer. — 1977. — Vol. 51, № 15. — P.509-512.
50. Porcell A., Hitchcock C., Keyhani-Rofagha S. Renal cell carcinoma metastatic to the thyroid // Acta cytol. — 1998. — Vol. 42, № 2. — P.553.
51. Routier G., Wemeau L., Samsoen M. Metastase intrathyroïdienne dun hypernephrome // Rev.Franc. Endocrin.chin. nutrition et metabol. — 1969. — Vol. 10, № 2. — P.121-126.
52. Rosof B.M., Rubin R. Metastasis from hypernephroma twenty years nephrectomey // J.A.M.A. — 1960. — Vol. 173, № 8. — P.896-898.
53. Sgro M., Clerici R., Jsseppi P., et al. Apropositd delle metastasi tiroidee de hipernefroma // Shir.Iriv. — 1984. — Vol. 24, № 2. — P.102-104.
54. Shimaoka K., Sokal J.E., Pickren J.W. Metastatic neoplasms in the thyroid // Cancer. — 1962. — Vol. 15. — P.557-565.
55. Slisow W., Marx G. Stellenwert der ginnktiven Nephrektomie beim ere linden Nierenzellkarzinom // Arch. Geschwulstforsch. — 1984. — № 6. — P.483-490.
56. Smith S.A., Gharib H., Goellner J.R. Fine-needle aspiration. Usefulness for diagnosis and management of metastatic carcinoma to the thyroid // Arch. Intern. Med. — 1987. — Vol. 147. — P.311-312.
57. Thomson J.A., Kennedy J.S., Browne M.K., et al. Secondary carcinoma of the thyroid gland // Brit. J.Surg. — 1975. — Vol. 62, № 9. — P.692-693.
58. Tibaldi J.M., Shapiro L.E., Mahadevia P.S. Thyroiditis mimicked by metastatic carcinoma to the thyroid // Mayo Clin.Proc. — 1986. — Vol. 61. — P.399-400.
59. Tuailon P. Contribution a l'etude des metastases intrathyroïdiennes des tumeurs a cellules claires du rein // These de Lyon. — 1959.
60. Tolia B.M., Whithnore W.F. Solitary metastasis from renal cell carcinoma // J. Urol. — 1975. — Vol. 114, № 6. — P.836-838.
61. Torti F.M. Treatment of metastatic renal cell carcinoma // Urol.Cancer Chtmother, Berlin. — 1983. — P.123-142.
62. Vorne B.M., Jarvi K. Metastatic tumors detected as cold nodules on the thyroid scan // Brit. J. Radiology. — 1988. — Vol. 66. — P.329-330.
63. Warren S., Meissner W.A. Tumors of the thyroid gland // Atlas of tumor pathology. — Washington, 1969. — P.92.
64. Welti H., Chevalley J. Goitres jaune safran. Metastases dans la thyroïde des hypernephromes // Pres.Med. — 1966. — Vol. 74, № 50. — P.2595-2598.
65. Wheeler M.H. The treatment of thyrotoxicosis // Surgery. — 1988. — Vol. 3. — P.1480-1485.
66. Wojcik E. Fine needle aspiration of metastatic malignant schwannoma to the thyroid gland // Diagn.Cytopathol. — 1997. — Vol. 16, № 1. — P.94-95.
67. Willis R.A. Metastatic tumors in the thyroid gland // Am. J.Pathol. — 1931. — № 7. — P.187-208.

Адрес для переписки:

664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, Пинский Семен Борисович — зав. кафедрой общей хирургии, профессор, тел. (3952) 228-829.

© ЖАРНИКОВ А.В., ПЛЕХАНОВ А.Н. — 2009

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА РЕГИОНАРНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.В. Жарников, А.Н. Плеханов

(Бурятский государственный университет, ректор — д.п.н., проф. член-корр. РАО С.В. Калмыков, кафедра
факультетской хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.Н. Плеханов)

Резюме. В обзоре литературы дана характеристика различных методов регионарной анестезии. Особый акцент делается на обезболивании больных пожилого возраста. Раскрыты преимущества и недостатки различных методов регионарной анестезии.

Ключевые слова: обезбоживание, показания, осложнения, пожилой возраст.

MODERN VIEWS ON REGIONARY METHODS OF ANESTHESIA IN SURGICAL OPERATIONS IN PERSONS OF ELDERLY AGE

A.V. Zharnikov, A.N. Plekhanov
(Buriat State University, Ulan-Ude)

Summary. In the review of the literature the character of various methods of regionary anesthesia is given. The special accent is done on anesthesia of the patients of elderly age. Advantages and lacks of various methods of regionary anesthesia are shown.

Key words: regionary anesthesia, elderly age, complications, medical indications.

Использование регионарных блокад при хирургическом лечении пожилых больных является общепризнанной анестезиологической тенденцией. Но вопрос о роли и месте регионарной анестезии при полостных

операциях на нижнем этаже брюшной полости у пожилых больных далек от разрешения [10,12].

Совершенствование техники оперативных вмешательств, внедрение новых технологий, достижения фар-