

© А.Ф. Романчишен, К.В. Вабалайте, 2011
УДК 616.441-006.6-008.61-08

А.Ф. Романчишен, К.В. Вабалайте

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И РАЗНОГЛАСИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ И РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии (зав. и дир. — проф. А.Ф. Романчишен)

Ключевые слова: диффузный токсический зоб, рак щитовидной железы, хирургическое лечение.

«Мы никогда не забудем, что наша немецкая хирургия построена на фундаменте, заложенном великими хирургами французской академии, и что она базируется на анатомических работах русского Николая Пирогова и на антисептическом способе англичанина Джозефа Листера» [9]. Эти слова великого немецкого хирурга-учёного Эрнста Бергмана особенно актуальны сейчас, в период празднования 200-летия со дня рождения Великого, точнее будет сказать, гениального учёного-хирурга Николая Ивановича Пирогова. Он, будучи 20-летним молодым человеком, 30 октября 1831 г. в Дерптском университете (который позже окончил и Э.Бергман) сдавал экзамен на степень доктора медицины. Один из вопросов экзамена касался строения, функции и лечения болезней щитовидной железы (ЩЖ). В присутствии проф. Ратке Николай Иванович описал анатомию, проявления заболеваний ЩЖ и выводы о способах предупреждения опасных осложнений при операциях на этом органе [4]. В 1847 г. во Владикавказе Н.И.Пирогов впервые в мире и России резецировал ЩЖ под общим эфирным обезболиванием.

Другой выдающийся доктор-хирург того времени, 150-летие которого мы отметили в 2010 г., Ser Games Berry показал, что «... ЩЖ наиболее плотно фиксирована к перстневидному хрящу соединительной тканью...», которую он назвал «подвешивающей связкой» («suspensory ligament») [7]. В настоящее время ей придается большое значение при удалении ЩЖ, так как отмечено наиболее частое повреждение возвратного гортанного нерва именно в этой области, и эта связка носит имя Берри.

На развитие хирургии в целом оказали три основополагающие события XIX в.: *начало использования общего и местного обезболивания* в 1846 г., разработка J.Lister и внедрение в практику хирургов *антисептики* карболовой кислотой в 1867 г. и *асептики* — E.Bergman в 1886–1891 гг., широкое производство и применение в хирургии *кровоостанавливающих зажимов* для многократного применения T.S.Wells в 1872–1874 гг.

Получилось так, что наш хирургический коллектив аккумулировал 3 разные специальности в медицине — это общая хирургия, онкология и эндокринология. Подготовка по специальности «эндокринная хирургия» (не существующей в нашей стране формально, но работающая *de facto* более 40 лет) может быть полноценной лишь на базе профессиональных знаний этих трёх разделов медицины. Достаточный уровень информированности хирурга позволяет дискутировать на равных и с онкологами, и с эндокринологами, детально понимая предмет изнутри и в прямом, и в переносном смысле. Да, ещё необходимо знание английского языка (не плохо и других), позволяющее общаться с иностранными коллегами, публиковать свои статьи за рубежом, сравнивать и правильно оценивать уровень своих знаний и умений с таковыми у наших иностранных коллег.

Что же происходит там, за рубежом нашей страны в диагностике и лечении больных с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) и раком щитовидной железы (РЩЖ)? Ответы на эти вопросы основаны на результатах моего участия в 30 конференциях 2008–2010 гг., на азиатских, европейских, американских симпозиумах эндокринных хирургов, где были представлены 85 докладов, лекций, видеопрезентаций от коллектива нашей кафедры и Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и онкологии в

период 2008–2010 гг. Для того, чтобы не возникла мысль, что конференции исключили мою хирургическую и преподавательскую практику, сообщаю, что ежегодно оперирую от 310 до 330 эндокринных больных, читаю лекции по курсам госпитальной хирургии и онкологии.

В период с 1973 по 2009 г. в нашей клинике были оперированы 24 934 больных с тиреоидной патологией, в том числе 2920 пациентов с ДТЗ и 3330 — с РЩЖ, что составило 11,7 и 13,4% соответственно. Анализ докладов на 30 конференциях клинических стандартов, других данных показал, что способы лечения больных с ДТЗ в разных странах (по данным Американской, Европейской, Китайской, Японской, Корейской, Австралийской и Латиноамериканской тиреоидных ассоциаций) значительно различаются [16, 24, 29, 31]. Так, терапия радиоiodом используется в 69, 22, 22, 11, 11, 19, 15,3% случаев, тиреостатиками — в 31, 78, 78, 89, 89, 81, 85,7% случаев (в соответствии с перечисленным выше перечнем ассоциаций), т. е. при первичном обращении большинство (69%) больных с ДТЗ лечат радиоiodом лишь в США. В остальных странах в этой ситуации применяют тиреостатики. Радиоiod используется для терапии рецидивного ДТЗ в 60–76% наблюдений. У детей лучевое лечение ДТЗ используется лишь после 18–19-летнего возраста и очень редко (5–10%), так как ещё не изучены отдалённые результаты лечения, а всем помнится Чернобыль. Этот способ (радиоiodотерапия), с точки зрения американской и английской ассоциаций, особенно рационален, если нет опытных тиреоидных хирургов, т. е. в США и Великобритании, с точки зрения эндокринологов, мало хирургов, достаточно хорошо и безопасно оперирующих на ЩЖ.

Показания к хирургическому лечению примерно одинаковы в разных частях света. Это — неэффективность медикаментозного лечения (70%); офтальмопатия; возможное сочетание ДТЗ и РЩЖ в диффузно-гиперплазированной ЩЖ (3%) и в узлах на фоне диффузно-гиперплазированной ЩЖ (15%); зоб больших размеров; неприемлемость, по тем или иным причинам, терапии радиоiodом (2%) или длительного медикаментозного лечения (19%); беременность и(или) рекомендации эндокринологов (14%). Мы сравнили в этом отношении наш материал и данные, представленные на Гарвардском постоянном курсе обучения «Хирургия ЩЖ и ОЩЖ» (г. Бостон, США, 7–9 ноября 2008 г.) [14]. Оказалось, что причины, по которым эндокринологи направили больных с ДТЗ для хирургического лечения в нашем городе и Германии, примерно одинаковы. Это — эндокринная офтальмопатия (16,4 и 21%); неэффективность тиреостатической терапии, в особенности у молодых пациентов, и мерказолилрезистентные формы тиреотоксико-

за (примерно, 57% в обеих группах сравнения); аллергическая реакция и выраженное токсическое действие тиреостатиков (7 и 4%); онкологическая опасность узловых новообразований на фоне ДТЗ (19–4 и 3%); компрессия органов шеи и средостения большой струмой (27 и 11%). Значительное различие по частоте РЩЖ на фоне ДТЗ (19% у нас) обусловлено тем, что д-р Р.Е. Goretzki не изучал частоту рака в ДТЗ с узлами, а выяснил лишь общее количество сочетаний РЩЖ и базедовой болезни (3% — у них и 4% — у нас). Показатель частоты РЩЖ у больных с ДТЗ с узлами, по нашим данным, достигает 19%. Ещё одно различие имелось по признаку «компрессия органов шеи и средостения большой струмой». Он имел место у наших больных в 27%, а у пациентов Р.Е. Goretzki — в 11% наблюдений. Это различие, очевидно, обусловлено более поздним направлением больных для хирургического лечения нашими эндокринологами.

Однако более объективными данными о «популярности» хирургического лечения больных с ДТЗ в разных странах является их количество. В клинике Noguchi в период с 1966 по 2009 г. по поводу ДТЗ выполнено 22 000 операций [20]. В Китае, Тайване [17] операции в связи с ДТЗ составляют 20% от общего числа резекций ЩЖ. В нашем центре операции по такому же поводу были предприняты в 11,7% от общего числа оперированных тиреоидных больных. В Тайване проживают 23 млн жителей. По поводу ДТЗ там выполняют, примерно, 2000 операций в год, или 9 операций на 100 тыс. населения. В Санкт-Петербурге проживают около 5 млн жителей, по поводу ДТЗ предпринимается 200 операций в год, или 4 вмешательства на 100 тыс. населения, т. е. в нашем городе больных с ДТЗ оперируют в 2 с лишним раза меньше на 100 тыс. жителей, чем на Тайване [17].

Детей оперируют по поводу ДТЗ чаще и быстрее от начала заболевания из-за больших размеров зоба, обоснованного страха перед терапией радиоiodом. Другие показания к операции у детей, примерно, такие же, как и у взрослых пациентов: неэффективность медикаментозной терапии (60%), непереносимость тиреостатиков (9%), тяжёлая степень тиреотоксикоза или офтальмопатии, большая (>30 г) ЩЖ, подозрение на злокачественный характер узла ЩЖ.

Довольно показательны высказывания об использовании разных способов лечения больных с ДТЗ в разных странах. Вот некоторые цитаты из выступлений и публикаций докладчиков на последних эндокринно-хирургических форумах. R.F. Parkyn (Австралия, 2010 г.) отметил: «Эндокринологи предписывают, радиологи назначают, хирурги оперируют! Но в Австралии „цензорами“ являются эндокринологи, поэтому не удивитель-

но, что большинство больных (ДТЗ) лечатся медикаментозно с последующей радиоiodотерапией...» [22]. W.B.Tan, C.Tay, C.Tan, A.Rauff, Wk Cheah (Сингапур, 2010 г.) сказали: «Хирургия остаётся безопасным выбором при ДТЗ. Основной аргумент против хирургии ДТЗ — это боязнь послеоперационных осложнений...» [28].

Изменились требования к объёму оставляемой ткани ЩЖ у больных с ДТЗ. С.Kurihara, Н.Noguchi считают, что оперировать нужно лишь тех больных с ДТЗ, которые этого хотят или не могут лечиться по-другому, а также детей и подростков. Они рекомендуют оставлять около 2,0 г тиреоидной ткани, особенно у молодых пациентов, для предупреждения рецидивов ДТЗ. K.Sugino, Koichi Ito, Mitsuji Nagahama, Wataru Kitagawa и соавт. (из Kanaji Thyroid Hospital, Kanaji Thyroid Hospital, Tokyo Women's Medical University, Nippon Medical University, Япония) рекомендуют больным с ДТЗ выполнять только тиреоидэктомию [27]. В последние годы появился объективный критерий для выбора объёма операций у больных с ДТЗ — это количество антител к рецепторам ТТГ. Высокий их уровень резко повышает опасность рецидивирования ДТЗ и определяет необходимость тиреоидэктомии.

Особую группу составляют болеющие ДТЗ мужчины. Исследований на эту тему крайне мало, одно из немногих было выполнено д-ром В.А.Волертом в нашей клинике [1]. Особенности тиреотоксикоза у мужчин следующие. Клиническое течение ДТЗ тяжелое и агрессивное, а именно, ЩЖ распространяется за грудину и трахею; рано появляется мерцательная аритмия, даже у молодых пациентов; характерны офтальмопатия (44%) и расстройства половой функции (49%) в виде ослабления либидо и снижения потенции; узловые образования на фоне ДТЗ у мужчин встречаются реже (17,1%), чем у женщин (25,3%), однако более чем у каждого третьего — это карцинома. Длительная медикаментозная терапия пациентов с ДТЗ приводит к необратимым изменениям в работе сердца и нарушению регенераторных способностей ткани ЩЖ. Последнее обстоятельство затрудняет выбор объёма оставляемой тиреоидной ткани и повышает вероятность послеоперационного гипотиреоза. Перечисленные особенности определяют необходимость более раннего применения хирургического лечения мужчин, страдающих ДТЗ.

Основными дискуссионными вопросами сегодняшнего дня в диагностике РЩЖ и лечении больных являются следующие: эпидемиология, ранняя диагностика фолликулярного и медулярного РЩЖ; применение профилактической центральной лимфаденэктомии (ЛАЭ) при клинически определяемой опухоли T1N0M0; обоснованность использования радиоiodа для

абляции тиреоидных остатков при T1N0 и T2N0; выбор объёма операции при местно-инвазивном дифференцированном РЩЖ; лечение больных с анапластическим РЩЖ. Во всём мире отмечен рост заболеваемости РЩЖ. John D. Cramer, изучив базу данных США (1973–2006 гг.), объединяющую 50 357 РЩЖ, отметил рост заболеваемости этой карциномой с 4,2 до 10,2 на 100 тыс. населения [13]. По данным онкологической статистики, примерно такая же динамика на протяжении последних 13 лет наблюдается в Российской Федерации и в нашем городе (прирост составил 38,8%) [6]. Можно предположить, что основные причины одни и те же — загрязнение окружающей среды.

Нередко можно услышать, что истинного роста заболевания РЩЖ нет, а изменения статистических данных обусловлено лишь возросшими возможностями ранней диагностики благодаря УЗИ. Данные того же автора (J.D.Cramer) свидетельствуют об увеличении числа выявленных папиллярных карцином диаметром до 5 см на 12–19% ежегодно в период с 1973 до 2006 г. Частота регионарного метастазирования увеличилась тоже на 16%, в то время как количество отдалённых метастазов осталось стабильным. Новые возможности для повышения точности тонкоигольной аспирационной биопсии для распознавания метастазов РЩЖ представляет исследование смывов пунктатов регионарных лимфатических узлов на содержание тиреоглобулина и кальцитонина.

Программа хирургического лечения больных с дифференцированным РЩЖ в разных концах мира при T1N0M0 неодинакова. В г. Токио (Япония) производится гемитиреоидэктомия, центральная и боковая ЛАЭ. Радиоiodотерапия не используется. В клинике Mayo (г. Рочестер, США) выполняется тиреоидэктомия, двусторонняя центральная ЛАЭ. Радиоiodотерапия не практикуется. Институт онкологии Gustave Roussy (Villejuif, Франция) рекомендует выполнять центральную и боковую ЛАЭ. Радиоiodотерапия назначается выборочно. В г. Сиднее (Австралия), как правило, делают тиреоидэктомию, одностороннюю центральную ЛАЭ, радиоiodотерапию. A.Shaha, J.Shah (США) считают необходимым применять тиреоидэктомию и центральную ЛАЭ (одно- или двустороннюю) лишь при подозрении или очевидном поражении этих групп лимфатических узлов. Если таких признаков нет, подобный объём хирургического лечения рекомендуют предпринимать у пациентов с опухолями больших размеров (T3, T4), при неблагоприятных гистологических формах РЩЖ.

Американская тиреоидная ассоциация (стандарт 2009 г.) рекомендует выполнять центральную ЛАЭ лишь в группе пациентов с РЩЖ высокого риска. Большой интерес вызвал доклад I.Nau из

клиники Мейо на 1-й мировой конференции по РЩЖ в г. Торонто (2009 г.) [15]. Анализированный уникальный опыт клиники Мейо в лечении больных с РЩЖ составил 24 300 больных, оперированных в период с 1940 по 2004 г. Из этой когорты больных J.Нау отобрал и исследовал 3101 больного с карциномами из фолликулярного эпителия, относящимися к T1, и сделал следующие выводы. Пациенты с микрокарциномами (размерами до 1 см), «окулярными» (до 1,5 см) РЩЖ выздоравливают после адекватного хирургического лечения в 99%. Частота рецидивов РЩЖ в течение 20–40 лет наблюдения и более составила 1–7%. Радиойодтерапия не влияла на частоту рецидивов и отдалённых метастазов карцином, но после радиойодтерапии метастазы в шейные лимфатические узлы выявлялись чаще, чем только после адекватного хирургического лечения в любой группе исследованных (с микрокарциномами, окулярными карциномами, T1), включая пациентов с мультицентрическим РЩЖ и с регионарными метастазами. Проведенное исследование позволило модифицировать клинические рекомендации клиники Мейо по лечению больных с РЩЖ T1 (диаметр карциномы до 2 см) и рекомендовать: выполнять тиреоидэктомию и центральную ЛАЭ (удаление 6-й группы шейных лимфатических узлов) у всех больных; боковую ЛАЭ предпринимать при клиническом, ультразвуковом или интраоперационном обнаружении регионарных метастазов во 2–5-й группах шейных лимфатических узлов; терапию радиойодом использовать при повышении уровня стимулированного тиреоглобулина, наличии других признаков отдалённых метастазов, а также в группе больных с папиллярной, фолликулярной и Хюртле-клеточной карциномой высокого онкологического риска. Недавнее изучение отдалённых результатов применения радиойодтерапии у 6841 больного с РЩЖ в Европе [25] показало увеличение количества как солидных опухолей других органов, так и лейкемии. Поэтому авторы пришли к заключению: «...похоже, применение радиойодтерапии следует ограничить и использовать его лишь для больных, которым это действительно необходимо». Предыдущие и эти два очень больших исследования, проведенные J.Нау и группой французских авторов с участием M.Schlumberger, уже привели почти к 2-кратному снижению (с 41 до 24%) профилактического применения терапии радиойодом для разрушения (абляции) остатков тиреоидной ткани. В СССР и позже в России не было возможности применять радиойодтерапию с профилактической целью и, как оказалось, к счастью. В российских клинических рекомендациях «Диагностика и лечение дифференцированного РЩЖ», которые были опубликованы в нашем журнале в 2008 г. [3],

тоже отмечено, что если у больного определена «... группа низкого риска (T1N0M0) — послеоперационная терапия ^{131}I не показана, так как не установлено преимуществ в отношении частоты рецидива и летальности», если «... группа среднего риска — показания определяются индивидуально». Нет однозначного мнения о необходимости терапии ^{131}I у всех пациентов или только, если есть сомнения в полном хирургическом удалении РЩЖ [3]. Однако далеко не все эндокринологи и хирурги, даже некоторые из тех, что участвовали в создании «Рекомендаций», придерживаются этих достаточно аргументированных наставлений. Это нельзя признать полезным для адекватно оперированных больных. Радиойодтерапия всем поголовно больным с РЩЖ не нужна! Об этом же говорится в комментариях R.Witt (2010 г.) из Thomas Jefferson University (США) к новому (2009 г.) стандарту Американской тиреоидной ассоциации (АТА): «... Радиойодтерапия показана всем больным T3, T4 или III и IV стадиями РЩЖ; пациентам старше 45 лет со II стадией РЩЖ. В лечении радиойодом не нуждаются больные при T1N0, размером менее 1 см, T1N0 более 1 см или T2N0, возрасте моложе 45 с высокой степенью дифференцировки РЩЖ, при мультифокальности опухоли и инвазии сосудов; мультифокальности микрокарцином (<1 см). Центральная лимфаденэктомия не показана при T1N0, T2N0, но её необходимо предпринимать с одной или двух сторон при T3N0, T4N0...» [32]. Следует отметить, что принципа избирательного применения радиойодтерапии придерживаются и другие исследователи [19, 21, 23, 26]. В настоящее время у нас имеется объективный способ определения необходимости использования с лечебной целью радиойода — это стимулированный (после месячной отмены лечения L-тироксина или использование тирогена) уровень тиреоглобулина и антител к нему [6, 10, 11, 12, 30]. В последнее время появилась ещё одна возможность для диагностики метастазов дифференцированных форм РЩЖ — это индикация и определение уровня тиреоглобулина, кальцитонина в смывах пунктатов из лимфатических узлов и узлов ЩЖ.

В настоящее время мы придерживаемся следующего лечебно-диагностического алгоритма при РЩЖ. При обнаружении узлового образования в ЩЖ мы рекомендуем выполнять тонкоигольную пункционную биопсию с последующим цитологическим исследованием пунктата. Если при морфологическом изучении пунктата обнаружены клетки РЩЖ или «фолликулярной опухоли», больным предлагаем хирургическое лечение. В случае T1 или T2N0M0 предпринимает (имея согласие больного) тиреоидэктомию вместе с центральной ЛАЭ. Если в ходе операции карцинома оценена как T3 или T4N1a, или T1bM0, — выполнением тиреоидэктомию, центральную и боковую

(по показаниям в виде наличия или подозрения на наличие метастазов РЩЖ во 2–5-й группах лимфатических узлов) шейную лимфаденэктомию. Через 3–4 мес после операции определяем стимулированный отменой тиреоидных гормонов уровень тиреоглобулина крови, УЗИ шеи, ФЛГ в 2 проекциях. При выявлении метастатического поражения регионарных лимфатических узлов, по данным лучевой, морфологической (цитологической), а теперь и лабораторной (определение уровня тиреоглобулина или кальцитонина в смывах из лимфатических узлов) диагностики, предпринимает лимфаденэктомию с последующим контролем уровня тиреоглобулина и т.д. Показанием к терапии радиоiodом является повышение уровня тиреоглобулина до 10 и выше и(или) обнаружение отдалённых метастазов РЩЖ. Примерно такой же алгоритм рекомендуют президент IFHNOS (Интернациональная ассоциация обществ онкологов, изучающих опухоли головы и шеи) J.Shah и ведущий специалист по изучению РЩЖ A.Shaha (MSCC, г. Нью-Йорк), что прозвучало на конференциях, организованных нами совместно с коллегами из Москвы в Санкт-Петербурге 9–11 октября 2010 г. (Научно-образовательный форум «Проблемные моменты диагностики и лечения рака щитовидной железы, Санкт-Петербург, 9 октября 2010 г.; Глобальная программа повышения квалификации специалистов IFHNOS «Современные аспекты лечения опухолей головы и шеи», Санкт-Петербург, 10–12 октября 2010 г.).

Особую группу, требующую более радикальной тактики диагностики и лечения, представляют больные с медулярным РЩЖ. С одной стороны, выявлять медулярный РЩЖ среди других узловых новообразований ЩЖ довольно легко, так как эта карцинома имеет маркер — кальцитонин. С другой — это непростая задача, так как обнаружение одного больного с медулярным РЩЖ путём скрининга всех больных с узловым зобом обходится от 12,5 до 25 тыс. долларов США.

Практически все специалисты рекомендуют при медулярном раке удалять ЩЖ и центральную группу лимфатических узлов. Многие считают, что повышенное содержание кальцитонина в крови пациентов в послеоперационном периоде определяет необходимость выполнения последовательно ипсилатеральной боковой шейной ЛАЭ, затем контралатеральной и медиастинальной ЛАЭ даже в условиях неясной локализации метастазов по данным УЗИ, КТ и ПЭТ.

Не решён вопрос о времени тиреоидэктомии у детей с анамнезом и генетическими признаками семейного РЩЖ. Однако отчётливо прослеживается зависимость отдалённых результатов от наличия метастазов в момент первого хирургического вмешательства у больных. Интратиреоидное расположение медулярных карцином определяет

благоприятные отдалённые результаты, практически аналогичные таковым при папиллярном раке. Если есть метастазы, прогноз при медулярном раке значительно ухудшается. Таким образом, ранняя диагностика и адекватное хирургическое лечение при медулярном РЩЖ — важнейшие факторы прогноза.

Анализ обобщенного опыта лечения детей со sporadическим, эндемическим и радиоиндуцированным РЩЖ (1909 пациентов) нам и нашим коллегам из Украины, Белоруссии показал, что в 62,2% наблюдений имелись регионарные метастазы, в 18,2% — экстратиреоидное распространение карцином, в 19,9% — многофокусный рост, в 12,2% — отдалённые метастазы (до- и послеоперационные), в 1,3% — смерть от прогрессирования опухоли через 1–16 лет после операций. Это усреднённые данные, отражающие агрессивное течение РЩЖ у детей. Однако радиоиндуцированный РЩЖ протекал ещё более агрессивно, а частота рецидивов после тиреоидэктомии и органосохраняющих операций у детей была выше, чем в остальных группах больных [2].

Дискутируется выбор объёма операций при местно-распространённом РЩЖ. Сопоставляются результаты органосберегательного отношения к аэродигестивным органам шеи в виде «бреющих», боковых, окончатых резекций гортани, трахеи, пищевода и циркулярных резекций этих органов при дифференцированных формах РЩЖ. Всё больше специалистов склоняются к применению органосберегательных операций при прорастании карцином до слизистой оболочки или ограниченной (2–3 см) её инвазии. J.Shah, J.K.Chung (IFHNOS, 2009, 2010 гг.) отметили, что целью лечения таких больных является полное удаление опухоли с максимальным сохранением функций органов. Лишь в таком случае будет достигнут успех в отдалённых результатах лечения. J.C.McCaffrey и R.J.Lipton [18] дана следующая оценка эффективности разных способов лечения инвазии аэродигестивного тракта у больных с РЩЖ. Только вращение карциномы ЩЖ в просвет гортани, трахеи и пищевода требует выполнения циркулярной резекции этих органов. Если опухоль не распространилась в просвет, лучше предпринимать «бреющие» резекции этих органов, обеспечивающие примерно одинаковое количество рецидивов рака при значительно меньшей частоте осложнений в сравнении с циркулярными резекциями. Мы придерживаемся, примерно, такого же мнения, исходя из опыта лечения 256 пациентов. Карциномы у наших больных распространялись на мышцы шеи и гортани (73,8%), возвратный нерв (37,9%), трахею (35,2%), гортань и пищевод (23,8%), крупные сосуды (21,9%). Циркулярная резекция трахеи, гортани, пищевода была выполнена в 9,9% наблю-

дений. Послеоперационная летальность после таких операций отмечена в 5,9%, послеоперационные рецидивы — в 3,5% наблюдений, а 5- и 10-летняя выживаемость достигала 35,7 и 71,1% соответственно. Органосберегательные операции были предприняты в 87,6% наблюдений, в том числе «бреющие» резекции — в 65,0%, боковые резекции (с/без резекций слизистой оболочки) — в 21,5%. Послеоперационная летальность соответствовала 2,6%, послеоперационные рецидивы рака отмечены в 11%, а 5- и 10-летняя выживаемость достигла после «бреющих» резекций 80,4 и 76,2%, а после боковых резекций — 78,3 и 70,6% соответственно. В большинстве случаев (196 или 76,6%) комбинированные операции были радикальными, и у 60 (23,4%) пациентов полностью удалить опухоль было невозможно. Для предупреждения рецидивов и метастазов рака применялись по показаниям радиоiodхимиотерапия и наружное облучение. Понятно, что качество жизни пациентов после органосберегательных операций было несравнимо лучше, чем после завершившихся трахеостомией и(или) гастростомией.

Основные направления развития российской эндокринной хирургии и онкологии современны и актуальны, что создаёт благоприятные условия для их дальнейшей международной интеграции и прогрессирования.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Волерт В.А. Диффузный токсический зоб у мужчин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—СПб., 2002.—24 с.
- Гостимский А.В. Хирургическое лечение детей и подростков с патогенетически разным раком щитовидной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—СПб., 2009.—27 с.
- Диагностика и лечение дифференцированного рака щитовидной железы. Клинические рекомендации согласительной комиссии (с небольшими сокращениями) // Вестн. хир.—2008.—№ 3.—С. 59–62.
- Пирогов Н.И. Хирургический вопрос об экстирпации щитовидной железы.—Дерпт, 1831.—С. 355–359.
- Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина.—2008.—№ 3, прил. 1.—С. 11.
- AlNaitam A., Abouzeid M.E., Al-Sugair A. et al. No difference whether PET-CT is done while on or off thyroxine among differentiated thyroid cancer (DTC) patients with high thyroglobulin // World Congress on Thyroid Cancer.—2009.—P. 129.
- Berry J. Diseases of the thyroid gland and their surgical treatment.—London: J. & A.Churchill, 1901.—367 p.
- Billroth T. Die Allgemeine chirurgischen pathologie und therapie in Funfzig vorlesungen.—Berlin, 1863.—648 s.
- Buchholtz A. wn. E. Bergmann.—Berlin: G.Reiner, 1913.—745 s.
- Carneiro dos Santos A.P., Reis C.F., Vieira C.U. The antibody fragment library (SCFV) generated from well differentiated thyroid tumors selected in thyroid cells // World Congress on Thyroid Cancer.—Toronto, 2009.—P. 114.
- Chnkrabarti A., Joseph S., Ramamurthy S. et al. Role of neck ultrasound scan to detect local recurrence in thyroid cancer patients with undetectable thyroglobulin even in the absence of thyroglobulin antibody // Там же.—2009.—P. 127.
- Cnmbrotero E., Chen-Ku C. H., Chinchilla A. et al. Completeness of thyroidectomy based on postoperative thyroglobulin levels and its predictive value // World Congress on Thyroid Cancer.—2009.—P. 104.
- Cramer J.D., Fu P., Harth K.C. et al. Analysis of the rising incidence of thyroid cancer using the surveillance, epidemiology and end results national cancer data registry // Surgery.—2010.—Vol. 148, № 6.—P. 1147–1153.
- Harvard Continuing Education Course «Surgery Thyroid & Parathyroid Glands» Boston (MA. USA), 7–9 November, 2008.
- Hay J.D. Does radioiodine remnant ablation really «Improve Outcome» in low-risk papillary cancer patients, who have only a 1% risk of dying from the disease? // World Congress on Thyroid Cancer.—2009.—P. 36.
- Ladenson P.W., Singer P.A., Ain K. B. et al. American thyroid association guidelines for detection of thyroid dysfunction // Arch. Intern. Med.—2000.—Vol. 160.—P. 1573–1575.
- Lee C. Surgical management of Grave's disease up-to-date in Taiwan // 12th Congress of Asian Association of Endocrine Surgeons.—Tokio, 2010.—P. 61.
- McCaffrey T.V., Lipton R.J. Thyroid carcinoma invading the upper aerodigestive system // Laryngoscope.—1990.—Vol. 100.—P. 824.
- Moss L. UK Survey of Differentiated Thyroid Cancer Management // World Congress on Thyroid Cancer.—Toronto, 2009.—P. 147.
- Noguchi H., Uchino S., Yamashita H. et al. Surgical management of Grave's disease, past and future // 12th Congress of Asian Association of Endocrine Surgeons.—Tokio, 2010.—P. 60.
- O'Toole L. Are we under-treating low risk thyroid cancer patients? // World Congress on Thyroid Cancer.—Toronto, 2009.—P. 146.
- Parkyn R. F. Surgical management of Graves' disease in Australia // 12th Congress of Asian Association of Endocrine Surgeons.—Tokio, 2010.—P. 63.
- Pathak K. A. Has the use of radioactive iodine impacted the outcome of high risk differentiated thyroid cancer // World Congress on Thyroid Cancer.—Toronto, 2009.—P. 55.
- Romaldini J.H. Case selection and restrictions recommended to patients with hyperthyroidism in South America // Thyroid.—1997.—Vol. 7, № 2.—P. 225–228.
- Rubino C., Vathaire D., Dottorini M. et al. Second primary malignancy in thyroid cancer patients // Br. J. Cancer.—2003.—Vol. 89.—P. 1638.
- Serouya S. «Complete» total thyroidectomy is achievable // World Congress on Thyroid Cancer.—Toronto, 2009.—P. 46.
- Sugino K., Ito K., Nagahama M. et al. Surgical management of Graves' disease — surgical outcome and current policy in our institution // 12th Congress of Asian Association of Endocrine Surgeons.—Tokio, 2010.—P. 59.
- Tan W. B., Tay C., Tan C. et al. Surgical management of Graves' disease. Results and changing trend in single institution over a 19-year period // 12th Congress of Asian Association of Endocrine Surgeons.—Tokio, 2010.—P. 104.
- Tominaga T., Yokoyama N., Nagataki S. et al. International differences in approaches to 131I therapy for Graves' disease: case selection and restrictions recommended to patients in Japan, Korea, and China // Clin. Endocrinol. (Oxf.).—1998.—Vol. 49, № 1.—P. 21–28.
- Vaisman A., Orlov S., Yip J. et al. Update on the use of post-surgical stimulated thyroglobulin in assisting radioactive remnant ablation decision-making for low risk well-differentiated thyroid carcinoma // World Congress on Thyroid Cancer.—Toronto, 2009.—P. 54.
- Walsh J.P. Management of Graves' disease in Australia // Aust. N. Z. J. Med.—2000.—Vol. 30, № 5.—P. 559–566.
- Witt R. What is new in the ATA (American Thyroid Association) Guidelines // 4th World Congress of International Federation of Head and Neck Oncologic Societies.—Seoul, 2010.—P. 203.

Поступила в редакцию 02.02.2011 г.