

© А.Ф.Романчишен, С.Б.Климшин, 2009
УДК 616.411-089-06:616.441-006.6-07-089

А.Ф.Романчишен, С.Б.Климшин

ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПОСЛЕДСТВИЯ НЕАДЕКВАТНОЙ ОПЕРАЦИИ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом военно-полевой хирургии и травматологии (зав. — проф. А.Ф.Романчишен)
ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»

Ключевые слова: папиллярный рак, хирургическое лечение рака щитовидной железы.

В настоящее время не существует единого мнения относительно объёма операции при раке щитовидной железы (ЩЖ), локализованном в перешейке. В разное время авторами предлагались различные варианты хирургических вмешательств: удаление перешейка с резекцией прилежащих медиальных отделов боковых долей ЩЖ [1–3, 8, 9, 11], тиреоидэктомия [10], субтотальная резекция ЩЖ в комбинации с дистанционной лучевой терапией [4]. Первый вариант не соответствует правилам абластики, второй — органосберегающему принципу лечения раннего рака ЩЖ. Ранее нами вопрос объёма резекции ЩЖ при локализации опухоли в перешейке предлагалось решать при помощи интраоперационной не прямой хромолюмографии [6].

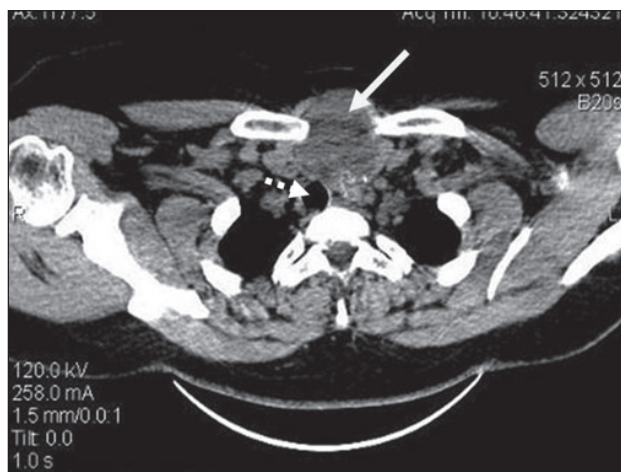
В связи с этим мы решили опубликовать наблюдение выбора ошибочной тактики лечения больной, страдающей дифференцированным раком ЩЖ.

Больная К., 48 лет. В 1986 г. посещала район аварии Чернобыльской атомной электростанции. Хронических заболеваний в анамнезе не было. В 1992 г. был выявлен узел в ЩЖ без признаков нарушения функции. В том же году в плановом порядке была выполнена резекция перешейка ЩЖ, удалена опухоль диаметром 2 см. Гистологическое заключение: папиллярный рак ЩЖ. С 1993 г. отмечает вновь появление узла в области передней поверхности шеи, при обследовании обнаружена киста, содержащая жидкость. С тех пор, в течение 15 лет, пациентка лечилась многократными пункциями с эвакуацией содержимого и введением в полость кисты спирта. В 1996 г. в нашей клинике ей было предложено хирургическое лечение, от которого она отказалась. В 1996 и 1998 гг. она родила двоих детей. С 2006 г. был отмечен быстрый рост кисты, эффект от пункций был недол-

говременным. В 2007 г. появились затруднения при глотании, дыхании, усиливающиеся в лежачем положении. Так как склеротерапия оказалась не эффективной и с точки зрения пациентки, она обратилась за помощью в нашу клинику — Санкт-Петербургский центр хирургии органов эндокринной системы. При УЗИ ЩЖ выявлен узел правой доли до 1,5 см в диаметре, а также киста левой доли, расположенная большей частью за грудиной, верхний край кисты находился над вырезкой грудины. Уровень гормонов ЩЖ был в пределах нормы. Спиральная КТ: за грудиной в передневерхнем средостении имеется киста размером 3×10 см, нижний полюс которой доходит до второго межреберья (рисунок). Имелось смещение и сдавление трахеи. Больной повторно предложено хирургическое лечение.

Операция 08.04.2008 г.: удаление остатков ЩЖ до тиреоидэктомии, стернотомия, центральная лимфаденэктомия. Под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) произведено иссечение старого послеоперационного рубца. Выявлен выраженный спаечный процесс. Обе доли ЩЖ не увеличены. Перешеек отсутствовал. В правой доле имеется плотный узел диаметром до 1,5 см. Опухоль с кистой находится у нижнего полюса левой доли, уходит за грудину. Выполнена частичная продольно-поперечная стернотомия до уровня третьего межреберья. Выявлено, что нижняя граница опухоли доходила до второго межреберья. Также имелись метастатически изменённые лимфатические узлы клетчатки передневерхнего средостения. Выполнены тиреоидэктомия, удаление паратрахеальной клетчатки с обеих сторон и клетчатки передневерхнего средостения. Оба возвратных нерва визуализированы и прослежены от плечеголовных стволов и подключичных артерий до входа в гортань. Послеоперационный диагноз: продолженный рост папиллярного рака щитовидной железы T1N1bT3N1bM0 (индексы характеризуют поражение правой и левой долей соответственно), состояние после неадекватной операции в 1992 г. Гистологическое заключение: в правой доле — папиллярный рак на фоне аутоиммунного тиреоидита (АИТ), в левой доле — папиллярный рак с прорастанием капсулы на фоне АИТ. Во всех присланных лимфатических узлах метастазы папиллярного рака.

Ввиду тяжести и травматичности хирургического лечения, оно разделено на 2 этапа. Второй этап хирургического лечения предпринят 17.07.2008 г. Под ЭТН комбинированным



Спиральная компьютерная томография больной К., 48 лет.

На томограмме визуализируется загрудинно расположенная киста (указана сплошной стрелкой) со сдавлением и девиацией трахеи (указана пунктирной стрелкой).

разрезом кожи с частичным иссечением старого послеоперационного рубца обнажены клетчаточные футляры шеи и ложе щитовидной железы.

При ревизии обнаружены лимфатические узлы с метастазами II, III, IV и V групп с обеих сторон, увеличены до 3,5 см, мягкой консистенции. Единым блоком удалена клетчатка с лимфатическими узлами правой и левой половин шеи. При этом выделены и сохранены добавочные, подъязычные, диафрагмальные, блуждающие, верхние гортанные нервы, яремные вены и сонные артерии. Установлен вакуумный дренаж. Шов раны. При гистологическом исследовании выявлены метастазы папиллярного рака. Через 3 мес после операции больная жалоб не предъявляет.

На примере данной пациентки видно, что резекция перешейка ЩЖ является недостаточной всегда, даже при размерах опухоли менее 2 см. Доказательством данному утверждению может служить тот факт, что при исследованиях лимфатических путей была выявлена связь перешейка ЩЖ с одной из долей [5–7].

В связи с этим на нашей кафедре в 1992 г. разработан принцип органосберегательного хирургического вмешательства при локализации опухоли в перешейке с использованием интраоперационной не прямой хромолимфографии: в область перешейка интраоперационно вводится раствор бриллиантового зелёного, и раствор сразу же окрашивает долю, к которой относится перешеек.

Таким образом, оптимальным объёмом операции является удаление перешейка и доли ЩЖ, имеющие общие лимфатические пути при размерах карциномы до 1 см. Кроме того, каждую резекцию ЩЖ и тиреоидэктомию при раке ЩЖ следует дополнять центральной лимфаденэктомией (удалением пре- и паратрахеальных

лимфатических узлов до уровня подключичных артерий).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Воронцов И.Б. Ранний рак и узловатые образования щитовидной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—М., 1980.—30 с.
2. Демидчик Е. П. Рак щитовидной железы // Здоровоохр. Белоруссии.—1984.—№ 6.—С. 46–49.
3. Иваницкая В.И., Шантырь В.И. Лучевые методы диагностики и лечения рака щитовидной железы.—М.: Медицина, 1981.—156 с.
4. Кудряшов В.К., Гоч Е.М., Мигаль Л.А. Комбинированное лечение рака щитовидной железы // Рак щитовидной железы (профилактика, заболеваемость): Тезисы симпозиума.—Псков, 1994.—С. 61–62.
5. Леонов Д.А. Клинико-анатомическое обоснование адекватно-радикальных операций на щитовидной железе при некоторых формах рака: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Челябинск, 1976.—15 с.
6. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы.—СПб.: Наука, 1992.—258 с.
7. Семейна Н. А. Лимфатическая система щитовидной железы человека и связь её с лимфатической системой головы и шеи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1963.—28 с.
8. Цариковская Н. Г., Ткач Ф. С., Степаненко А. П. и др. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы: Метод. реком.—Харьков, 1978.—23 с.
9. Block M. A. Primary treatment of well-differentiated thyroid cancer // J. Surg. Oncol.—1981.—Vol. 16, № 3.—P. 279–288.
10. Gerard-Marchant R. The classification of thyroid cancer according to the TNM system // Ann. Radiol.—1977.—Vol. 20, № 8.—P. 831–840.
11. Proye C., Carnaille B., Gontier A. et al. Devenir a long terme des thyroidectomies moins que totales pour cancers papillaires: Etude retrospective de 132 cas sur 309 cas traits de 1964 a 1990, suivis de 5 a 31 ans // Lyon Chir.—1997.—Vol. 93, № 6.—P. 339–344.

Поступила в редакцию 28.11.2008 г.