

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.441-006.6(091)«18/19»

А.Ф. Романчишен, К.В. Вабалайте, Ф.А. Романчишен

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ В ПЕРИОД С XIX ДО СЕРЕДИНЫ XX в.

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

Ключевые слова: онкология, рак щитовидной железы, история.

*«Только человек, знакомый с искусством и наукой
прошлого может способствовать их продвижению
в будущем».*

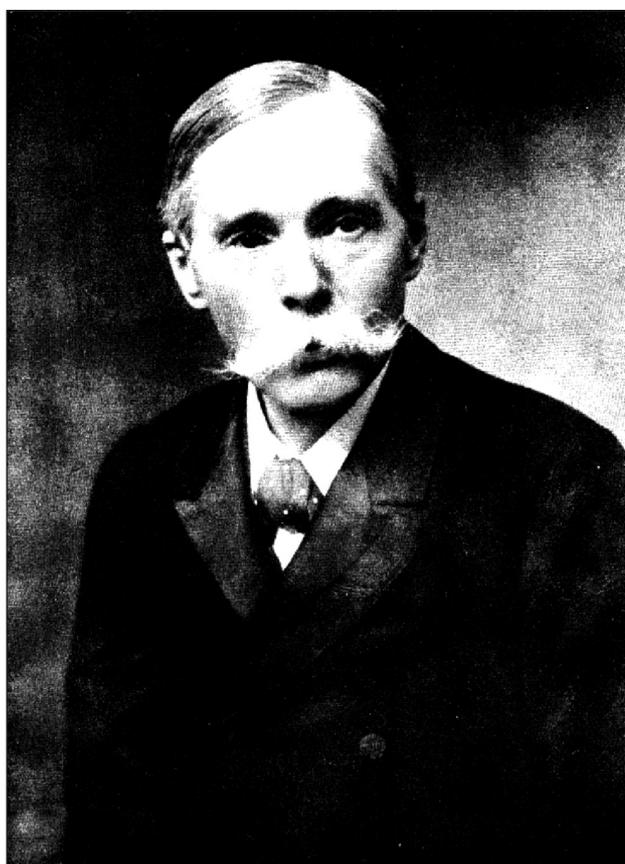
T.Billroth (1862)

В 1811 г. А. Burns (Глазго, Шотландия) сообщил о небольшом болезненном увеличении щитовидной железы (ЩЖ) каменистой плотности. Это сообщение считается первым описанием в литературе рака щитовидной железы (РЩЖ). Таким образом, у нас есть основание для празднования 200-летия этой даты. Через 76 лет, в 1887 г., Н. Butlin (Лондон) [2] сообщил уже о 50 операциях по поводу РЩЖ.

Результаты были неутешительными — 60% больных умерли вскоре после операций. Только один пациент прожил 4 года. В 1901 г. J. Berry [2] выяснил, что РЩЖ чаще встречается у людей в возрасте старше 40 лет. Он же описал особенности проявлений этого заболевания у детей, у женщин и мужчин. Обычно диагноз при РЩЖ устанавливался поздно, когда опухоль становилась заметной, бугристой, появлялись дисфагия, дисфония и нарушение дыхания, увеличивались лимфатические узлы, появлялись отдаленные метастазы в костях и легких. Основной причиной смерти было удушье. К 1901 г. послеоперационная летальность уменьшилась до 34%, но продолжительность жизни длительное время оставалась короткой.

Т.Е. Kocher (Берн, Швейцария), имевший самый большой опыт в хирургии ЩЖ, выполнял удаление ЩЖ и при запущенном раке этого органа, резецируя мышцы шеи, трахею, пищевод, крупные сосуды и нервы [2, 15]. У трети больных послеоперационные раны заживали плохо, часто присоединялась грибковая инфекция. Однако Т. Kocher считал, что это небольшая плата за облегчение дыхания и глотания.

Уже в тот период папиллярный рак считали менее злокачественным. Так, J. Berry сообщил о пациентке, опухоль у которой до операции существовала около 8 лет, а после хирургического вмешательства продолжительность жизни составила 10 лет. В 1894 г. А.А. Eiselsberg, ассистент Т. Billroth, доложил о больном, оперированном Т. Billroth по поводу РЩЖ. После тиреоидэктомии у пациента развилась микседема. Клинические проявления микседемы ослабли после появления метастаза в грудину, а удаление метастаза



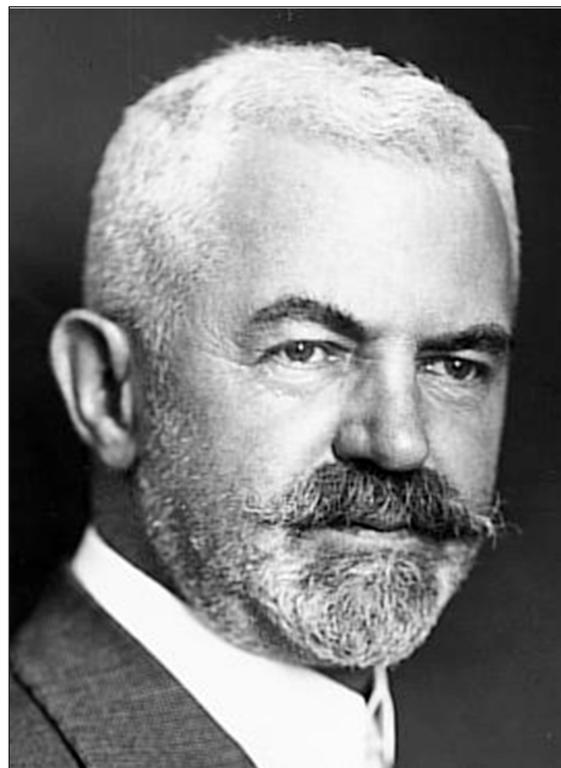
Генри Батлин (Henry Butlin, 1845–1912).

вновь привели к микседеме [4]. Это позволило предположить о функциональной активности РЩЖ и его метастазов.

В начале XX в. Ch. Mayo (Рочестер, США) и его коллеги G. Crile (Кливленд, США) и T. Dunhill (Лондон, Великобритания) выпустили серию публикаций, посвященных РЩЖ. W. Herbst (1924) и J. Pemberton (1928) из Mayo Clinic сообщили о 200 и 300 оперированных больных. L. Craver (Нью-Йорк, США) [27] был приверженцем хирургического лечения всех больных с «подозрительными» узлами ЩЖ. Однако G. Crile



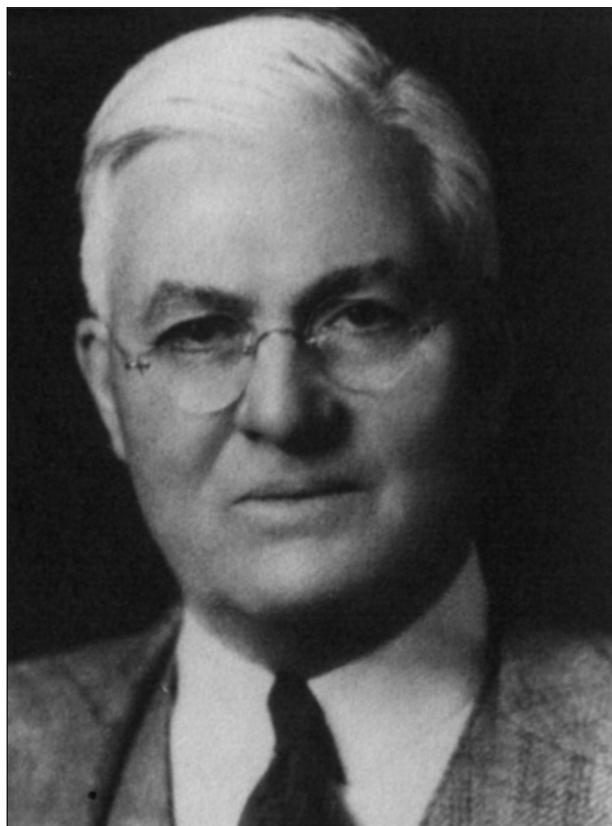
Джеймс Берри (James Berry, 1860–1946).



*Артур Александр Эйселсберг
(Arthur Alexander Eiselsberg, 1860–1939).*



Чарльз Мейо (Charles Mayo, 1865–1939).



*Джордж Вашингтон Крайл
(George Washington Crile, 1846–1943).*

доказал, что только у 2% больных, подвергшихся тиреоидэктомии, выявлен РЩЖ. В одном наблюдении последующая лучевая терапия вызвала почти полный регресс РЩЖ и микседему.

Вначале патологи предложили ряд сложных классификаций РЩЖ, которые насчитывали более 23 вариантов РЩЖ, включая нелогичные названия, например: «метастатическая аденома» [6]. В 1925 г. Allan Graham (Кливленд, США) значительно упростил классификацию РЩЖ и выделил только три типа тиреоидных опухолей. Среди них в 85% наблюдали высокозлокачественные солидные опухоли, в 12% — папиллярные аденокарциномы, отличавшаяся меньшей злокачественностью и метастазировавшие, в основном лимфогенно. В качестве третьего варианта была названа скirroзная карцинома, распространявшаяся лимфогенно и выявлявшаяся в 3% наблюдений. Т. Р. Dunhill не считал больных с «запущенным» РЩЖ безнадежными и стремился удалять карциномы полностью, для чего в некоторых случаях прибегал к стернотомии. Послеоперационная летальность после его операций приближалась к нулю. В последние 10 лет своей работы (1925–1935 гг.) он применил лучевую терапию после операций у 14 больных с РЩЖ и получил «удивительно хороший» результат. В тот период наиболее обсуждаемой была «боковая аберрантная опухоль ЩЖ» [3, 13]. Было описано около 50 подобных случаев, пока не выяснилось, что это — регионарные метастазы папиллярного РЩЖ. В 1942 г. W.King и J.Pemberton установили, что даже мелкие опухоли ЩЖ могли давать как регионарные, так и отдаленные метастазы и предлагали резекцию ЩЖ, а также иссечение прилежащих лимфатических узлов [14], что в соответствии с современной терминологией может быть названо как «тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией».

J.Graham и R. McWhirter исследовали особенности и клинические проявления РЩЖ во время Второй мировой войны [7]. Более половины больных не лечились. Остальных, по возможности, оперировали и облучали. Было замечено, что половина недифференцированных опухолей была чувствительна в лучевой терапии, а все дифференцированные опухоли — нет.

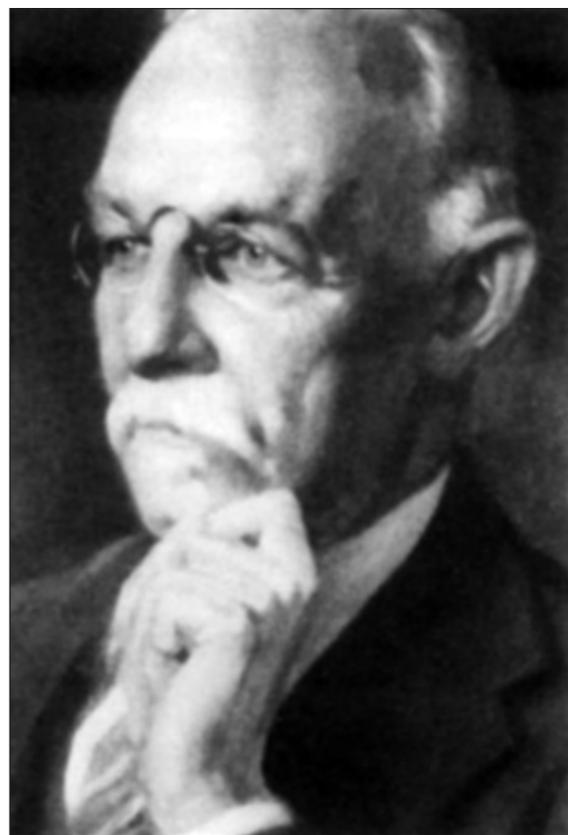
После операций на ЩЖ, в особенности при раке, характерны два осложнения — это парез мышц гортани и гипопаратиреоз. К. von Klein (1772–1825) первым описал последствия повреждения возвратного гортанного нерва (ВГН) в 1820 г. [9]. Частота этого осложнения после операций Т. Billroth была представлена W.S.Halsted [9]. A.Wölfler, используя рутинную ларингоскопию, отметил, что иногда парез мышц гортани наблюдался до операции.

В 1913 г. Ch. Mayo сообщил, что у 5% больных имел место послеоперационный парез гортани [18]. F.Lahey из Бостона (США) в 1938 г. представил результаты рутинного применения диссекции ВГН в ходе каждой операции на ЩЖ с феноменальным снижением частоты этого осложнения до 0,3% [16, 17]. Однако некоторые хирурги полагают и сейчас, что выделение ВГН опасно. По-видимому, мнение W.H.Prioleau [23], высказанное в 1933 г. о том, что «...увиденный возвратный нерв — поврежденный нерв...», все еще продолжает жить.

В 1879 г. A.Wölfler (1850–1917) впервые сообщил о послеоперационной тетании у больной, которой Т. Billroth выполнил тиреоидэктомию [7]. Впервые околотщитовидные железы (ОЩЖ) были выявлены у носорога английским ветеринаром R.Owen. Затем, в 1880 г., шведский студент из Urpsala (Швеция) I. Sandstroem обнаружил эпителиальные тельца у других животных и, наконец, у человека [1, 24, 26].



Томас Пил Данхил (Thomas Peel Dunhill, 1876–1957).



Вильям Стeward Холстед
(William Steward Halsted, 1852–1922).



Антон Вёльфлер (Anton Wölfler, 1850–1917).



Сэр Ричард Оуэн (Sir Richard Owen, 1804–1892).



Франк Леху (Frank Lahey, 1880–1953).



Ивар Сандстрем (Ivar Sandstroem, 1852–1889).



Евгений Гли (Eugene Gley, 1857–1930).

В 1891–1892 гг. существовало много теорий, объяснявших причины послеоперационной тетании, пока Е.Глей [5] и в 1896 г. G.Vassale, F.Generali не представили экспериментальные доказательства роли этих желез в организме.

В 1882 г. в результате исследований представителей венской школы Т.Билроth во главе с первыми ассистентами А.Вölfлер и А.Еисельберг было выяснено, что тетания вызывается не удалением ЩЖ, а случайным иссечением эпителиальных телец. Это послужило толчком к реимплантации удаленных во время операции ОЩЖ [8, 10], что и было успешно сделано А.Еисельберг в 1890 г.

Т.Кочер узнал от А.Ревердин (1842–1908), что тиреоидэктомия может трагическим образом изменить физические и личностные особенности человека. Т.Кочер вызвал 18 пациентов после тиреоидэктомий, обнаружил у 16 из них подобные признаки, схожие с детским кретинизмом и микседемой у взрослых, и назвал это состояние «cachexia strumipriva». F.Semon (1848–1921) из Лондона установил, что кретинизм, микседема и кахексия всегда сочетались с отсутствием или недоразвитием ЩЖ [22, 25]. V.Horsley (1857–1916) изучил влияние тиреоидэктомии на животных [11–13]. Результаты изысканий натолкнули его на мысль предложить G.Murrey (1865–1939) из Ньюкасла-на-Тайне (Великобритания) впрыскивать больным с микседемой экстракт ЩЖ. G.Murrey последовал его совету в 1881 г. Его первый пациент поправился и оставался вполне здоровым в течение 30 лет [20, 21]. Вскоре, в 1937 г., было обнаружено, что тиреоидный экстракт можно принимать и перорально (Т.Р.Дунhill). G.Grile, используя экстракт ЩЖ у 39 больных с РЩЖ, пришёл к выводу, что гипотиреоз стимулирует

рост опухоли, а адекватная заместительная гормональная терапия — её регресс.

С 1942 г. в Северной Америке, а затем и в Англии для лечения больных с РЩЖ стала применяться радиойодтерапия. У пациентов, получивших подобное лечение, наступало лишь клиническое улучшение.

S.Warren, W.Meissner (Бостон, США) в 1953 г. дал клинико-морфологическое описание «фолликулярного РЩЖ», а J.Hazard из Кливленда (США) в 1959 г. — «медуллярного (солидного) РЩЖ».

Таким образом, к середине XX в. были представлены основные клинические и морфологические особенности папиллярного, фолликулярного, медуллярного РЩЖ, способы и типичные непосредственные и отдалённые результаты лечения. Основными дискуссионными вопросами в этой проблеме являются — ранняя диагностика фолликулярного и медуллярного РЩЖ; применение профилактической центральной лимфаденэктомии при карциноме, клинически соответствующей T1N0M0; обоснованность использования аблации радиойодом при T1, T2N0; выбор объёма операции при местно-инвазивном дифференцированном РЩЖ; лечение больных с анапластическим раком.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ask-Upmark E., Bror R., Sandstrom B. Ivar Sandstrom and the parathyroid glands // Acta Universitatis Upsaliensis.—1967.—Vol. 13.—P. 1–13.
2. Berry J., Diseases of the Thyroid Gland.—London: Churchill, 1901.—P. 367.
3. Dunhill T.P. Surgery of thyroid gland // Trans. Med. Soc. Lond.—1937.—Vol. 60.—P. 234–252.
4. Eiselsberg A. Freiherr von. Ueber physiologische einer im Sternum zur Entwicklung gekommen, krebsigen Schilddrusen-Metastase // Arch. Klin. Chir.—1894.—Bd. 48.—S. 489–501.
5. Gley E. Function of the thyroid gland // Lancet.—1892.—Vol. 142.—P. 62.
6. Graham A. Malignant tumors of the thyroid // Ann. Surg.—1925.—Vol. 82.—P. 30–41.
7. Graham J.M., McWhirter R. Carcinoma of the thyroid // Proc. R. Soc. Med.—1947.—Vol. 40.—P. 669–680.
8. Halsted W.S. Auto- and isotransplantation in dogs, of the parathyroid glandules // J. Exp. Med.—1909.—Vol. 11.—P. 175–199.
9. Halsted W.S. The operative story of goiter // Johns Hopkins Hosp. Rep.—1920.—Vol. 19.—P. 198–234.
10. Halsted W.S., Evans H.M. The parathyroid glandules // Ann. Surg.—1907.—Vol. 46.—P. 489–506.
11. Horsley V. On the function of the thyroid gland // Proc. R. Soc. Lond.—1884.—Vol. 38.—P. 5–7.
12. Horsley V. The Brown lectures // Br. Med. J.—1885.—Vol. 1, № 111–115.—P. 211–213.
13. Horsley V., Foster M. Further researches into the function of the thyroid gland into the pathological state produced by removal of the same // Br. Med. J.—1886.—Vol. 40.—P. 6–9.
14. King W.L.M., Pemberton J.de J. So called lateral aberrant thyroid tumors // Surg. Gynecol. Obstet.—1942.—Vol. 74.—P. 991–1001.
15. Kocher T. Text-book of operative surgery. 2nd ed.—London: A & C Black, 1895.—P. 99–105.
16. Lahey F.H. Routine dissection and demonstration recurrent laryngeal nerve in subtotal thyroidectomy // Surg. Gynecol. Obstet.—1938.—Vol. 66.—P. 774–777.
17. Lahey F.H. Routine dissection and demonstration recurrent laryngeal nerve in subtotal thyroidectomy // Surg. Gynecol. Obstet.—1953.—Vol. 66.—P. 775–777.

18. Mayo C.H. Surgery of the thyroid: observations on 5000 operations // JAMA.—1913.—Vol. 61.—P. 10–13.
19. Means J.H. The Thyroid and its Diseases.—Philadelphia: J.B. Lippincott, 1948.—P. 534–550.
20. Murrey G.R. Life-history of first case of myxoedema treated by thyroid extract // Br. J. Surg.—1920.—Vol. 1.—P. 359–360.
21. Murrey G.R. Treatment of myxoedema by injections of extract of thyroid of sheep // Br. Med. J.—1891.—Vol. 2.—P. 796–797.
22. Ord W.M., Horsley V., Semon F. et al. Myxoedema report // Trans. Clin. Soc.—London, 1888.—Vol. 21.—Suppl.
23. Prioleau W.H. Injury of laryngeal branches of vagus in thyroid surgery // Sth. Surg.—1933.—Vol. 1.—P. 287–244.
24. Sandstrom I. Om en ny kortel hos menniskan och atskilliga daggdjur // Upsala Lak-Foren Forh.—1879–1880.—Vol. 15.—P. 441–471.
25. Semon F. A typical case of myxoedema // Br. Med. J.—1883.—Vol. 2.—P. 1072–1073.
26. Steiner A.L., Goodman A.D., Powers S.R. Study of a kindred with pheochromocytoma, medullary thyroid carcinoma, hyperparathyroidism and Cushing's disease: multiple endocrine neoplasia, type 2 // Medicine (Baltimore).—1968.—Vol. 47.—P. 371–409.
27. Wölfler A. Weiterer Beitrage zur chirurgischen Behandlung des Kropfes // Wien. Med. Wochenschr.—1879.—Vol. 29.—P. 1758–1760.

Поступила в редакцию 18.05.2011 г.