

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.441-006-053.9-089.168

А.Ф.Романчишен, А.С.Кузьмичев, А.А.Богатилов

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии, военно-полевой хирургии и онкологии (зав. — проф. А.Ф.Романчишен) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии; Санкт-Петербургский центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы (руков. — проф. А.Ф.Романчишен)

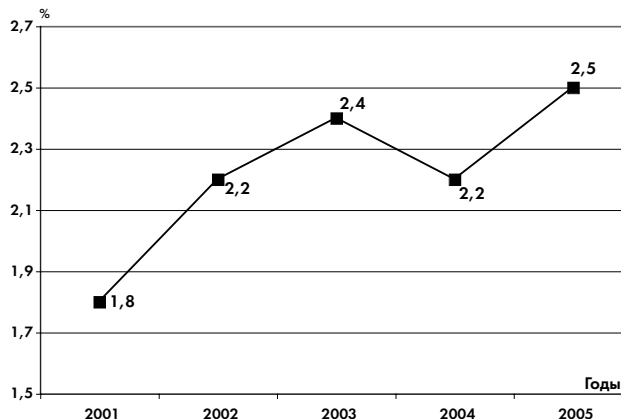
Ключевые слова: щитовидная железа, старческий возраст, хирургическое лечение.

Введение. Прирост заболеваемости узловым зобом составляет приблизительно 0,1% в год в молодом возрасте и постепенно достигает 2,0% к старости [9, 11]. Если у детей узлы в щитовидной железе (ЩЖ) выявляются лишь у 0,05–1,8% обследуемых, то к шестому десятилетию узлы идентифицируются уже более чем у половины пациентов, а к 90 годам жизни их обнаруживают у 85,0% женщин и 65,0% мужчин. В большинстве случаев узловые образования ЩЖ являются доброкачественными и, как правило, имеют диаметр не более 3 см, что не требует хирургического вмешательства. Однако рост узлов в ЩЖ, шейно-загрудинная локализация зоба могут сопровождаться смещением трахеи либо ее компрессией. В ряде наблюдений это приводит к дыхательным нарушениям, что определяет необходимость хирургического лечения этих больных по экстренным показаниям. По данным Р.А.Галкина и соавт. [1], у больных пожилого и старческого возраста время от начала появления зоба до обращения за хирургической помощью насчитывало от 10 до 34 лет.

Злокачественные опухоли составляют 5–10% среди всей узловой патологии ЩЖ [8, 10, 12]. У оперированных больных старческого возраста папиллярный рак среди злокачественных опухолей встречается в 54,0%, фолликулярный — в 21,0%, медуллярный — в 1,0%, анапластический — в 24,0% [6, 7, 12]. При оценке значимости различных факторов было установлено, что прогноз хуже у пациентов мужского пола, страдающих фолликулярным раком, с опухолью больших размеров [6]. Недифференцированный рак ЩЖ, по данным литературы, встречается одинаково часто у мужчин и женщин, средний возраст которых приближается к 70 годам [3, 4].

Бесспорно, преклонный возраст пациентов нередко значительно ограничивает выбор тактики лечения. Эндокринологи, как правило, не спешат направлять этих пациентов к хирургу, а они, в свою очередь, с осторожностью предлагают хирургическое лечение, опасаясь неудовлетворительного результата из-за тяжести возрастной патологии [1]. У больных старческого возраста частота послеоперационных осложнений следующая: гипопаратиреоз имел место в 35, 0%, парез мышц гортани — в 11, 7%. Вместе с тем, нередко угроза асфиксии или медикаментозно некорригируемое нарушение сердечного ритма не оставляют хирургам выбора и заставляют оперировать этих больных по жизненным показаниям.

Материалы и методы. В Санкт-Петербургском городском центре эндокринной хирургии и онкологии в период с 2001 по 2005 г. были оперированы 90 пациентов в возрасте старше 75 лет с различной патологией ЩЖ (средний возраст составил $78,0 \pm 2,8$ года). Как видно из представленных данных, отмечается тенденция к увеличению относительного количества оперированных больных старческого возраста с различной патологией ЩЖ (рисунок).



Доля больных старческого возраста среди оперированных пациентов.

Женщин было 88 (97,7%), мужчин — 2 (2,3%) (44:1), что, по-видимому, можно объяснить не столько патологией ЩЖ, сколько небольшой продолжительностью жизни мужчин. Все больные перед операцией проходили комплексное обследование, включавшее физикальное исследование, ультразвуковое исследование ЩЖ, тонкоигольную аспирационную биопсию, определение содержания гормонов ЩЖ, рентгенографию средостения с контрастированием пищевода.

Структура выявленной до операции патологии ЩЖ, определившая показания к хирургическому лечению, была следующей: узловые формы эутиреоидного зоба с компрессией органов шеи и средостения — у 44 (48,8%), рак ЩЖ у — 46 (51,2%).

Противопоказанием к операции служили декомпенсированная форма сахарного диабета, хроническая сердечная недостаточность III и IV степени (по NYHA). Больные с угрозой асфиксии оперировались в срочном порядке после кратковременной предоперационной подготовки, включавшей стабилизацию витальных функций и минимальное дооперационное обследование. Объем хирургического вмешательства определялся характером выявленной патологии ЩЖ.

Группа сравнения была составлена из 150 пациентов с узловыми формами зоба в возрасте 40–60 лет.

Результаты и обсуждение. При обследовании пациентов старческого возраста была выявлена следующая сопутствующая патология (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика сопутствующих заболеваний у пациентов различных возрастных групп с патологией ЩЖ

Фоновое заболевание	Возраст, лет	
	40–60	Старше 75
Ишемическая болезнь сердца	84 (56,1%)	98 (100%)
Нарушения ритма сердца	15 (9,7%)	19 (19,6%)
Сахарный диабет	18 (11,5%)	19 (19,6%)
Заболевания желудочно-кишечного тракта	14 (9,0%)	15 (15,7%)
Заболевания мочевыделительной системы	11 (6,8%)	13 (13,7%)

Примечание. У некоторых пациентов в анамнезе имелось несколько заболеваний одновременно.

При поступлении пациенты основной группы чаще всего предъявляли жалобы на наличие узла передней поверхности шеи, чувство нехватки воздуха, изменение голоса, нарушение глотания. Нередко у одного больного встречалось сразу несколько жалоб.

В ходе клинко-рентгенологического обследования шейно-загрудинного пространства с контрастированием пищевода у всех пациентов был выявлен зоб шейно-загрудинной локализации, в том числе II степени — у 29,0%, III степени — у 39,0%, IV степени — у 32,0%. В группе сравнения

зоб шейно-загрудинной локализации встречался в 32,6% случаев. Степень шейно-загрудинной локализации оценивалась по классификации, предложенной проф. А.Ф.Романчишениным [2]. Эти изменения, по нашему мнению, в большинстве наблюдений были обусловлены возрастным кифозом, укорочением шеи, присасывающим действием грудной клетки и тяжестью зобноизмененной ЩЖ, что приводило к перемещению ее в загрудинное пространство. Большая часть больных с доброкачественными заболеваниями ЩЖ длительное время (в среднем $12,5 \pm 2,1$ года) находилась под наблюдением эндокринологов и была направлена к хирургу только при появлении признаков нарушения дыхания. При этом средний возраст больных достигал ($77,0 \pm 0,3$) года.

Все больные были оперированы. У 31 (70,5%) из 44 пациента с доброкачественными узловыми образованиями ЩЖ имел место многоузловой эутиреоидный зоб, у 13 (29,5%) — одноузловой эутиреоидный зоб. Были выполнены следующие операции: субтотальная резекция ЩЖ — у 27 (52,9%), тиреоидэктомия — у 11 (21,7%) пациентов. Лишь у 13 (25,4%) больных была произведена гемитиреоидэктомия.

При морфологическом исследовании у 32 (63,0%) больных были выявлены аденомы и коллоидные узлы ЩЖ. Сочетание коллоидного зоба с аутоиммунным тиреоидитом имело место у 12 (23,0%) больных (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика морфологической структуры узловых форм зоба у больных различных возрастных групп

Данные морфологии	Возраст, лет	
	40–60	Старше 75
Рак на фоне МЭЗ	6 (4%)	7 (14%)
МЭЗ на фоне АИТ	29 (19%)	12 (23%)
МЭЗ	115 (77%)	32 (63%)
Всего	150 (100%)	51 (100%)

Примечание. АИТ — аутоиммунный тиреоидит; МЭЗ — многоузловой эутиреоидный зоб.

В послеоперационном периоде осложнения имели место у 6 (6,0%) больных. Кровотечение в ложе ЩЖ отмечено у 4 (4,1%), транзиторный гипопаратиреоз — в одном наблюдении, двусторонний парез мышц гортани — у одного больного, который скончался на 4-е сутки после операции. Причиной явилась двусторонняя аспирационная пневмония, развившаяся после трахеостомии.

2-я группа состояла из 46 (51,2%) больных старческого возраста (средний возраст $79,4 \pm 2,4$ года), оперированных с 2001 по 2005 г. и

имевших клинические либо цитологические признаки злокачественной опухоли (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительная характеристика гистологической структуры опухолей у больных различных возрастных групп

Гистология опухоли	Возраст, лет	
	40–60	Старше 75
Папиллярный рак	68 (45,4%)	23 (49,8%)
Фолликулярный рак	39 (26,4%)	2 (4,3%)
Медулярный рак	20 (13,2%)	1 (2,1%)
Анапластический рак	23 (15,0%)	20 (43,8%)
Всего	150 (100%)	46 (100%)

Время наблюдения составило у пациентов с анапластическим раком от 1 до 4 (в среднем $2,4 \pm 1,1$ мес), с дифференцированным раком — от 1 до 11 лет (в среднем $3,8 \pm 1,3$ года).

У 19 (49,0%) больных этой группы имел место анапластический рак ЩЖ. Эти больные, как правило, поступали в тяжелом состоянии с признаками удушья.

Папиллярный рак выявлен у 17 (43,6%) больных. При этом, IV стадия (T4N0M0, T4N1M0) заболевания выявлена у 10 пациентов, III стадия (T3N0M0, T3N1M0) — у 5 больных, II (T2N0M0) и I стадии (T1N0M0) — по 1 больному. Фолликулярный рак IV стадии (T4N0M0) имел место у 1 (2,6%), медулярный рак IV стадии (T4N0M0) — у 1 (2,6%), лимфома IV стадии — у 1 (2,6%).

Таким образом, у 32 (82,0%) из 39 больных с предоперационным диагнозом «Рак ЩЖ» в ходе хирургического вмешательства была диагностирована карцинома IV стадии.

По экстренным показаниям, с угрозой асфиксии были оперированы 3 пациента с раком ЩЖ IV стадии. Им была выполнена паллиативная резекция ЩЖ с наложением трахеостомы.

У 14 больных хирургическое вмешательство свелось к симптоматической резекции опухоли ЩЖ с наложением трахеостомы [2]. 15 пациентам с IV стадией опухолевого процесса выполнена субтотальная паллиативная декомпрессивная резекция с оставлением опухолевой ткани ЩЖ на трахее. Классификация операций при недифференцированном раке ЩЖ предложена проф. А.Ф.Романчишным и Е.А. Залмовером [3].

Четырем больным с папиллярным раком ЩЖ (T3N1M0) была выполнена тиреоидэктомия с фасциально-футлярной диссекцией клетчатки шеи (ФФД), в одном наблюдении (T3N0M0) — субтотальная резекция ЩЖ. Одной больной (T2N0M0) выполнена тиреоидэктомия и в одном наблюдении, где распространение опухоли соответствовало (T1N0M0), — гемитиреоидэктомия.

В послеоперационном периоде у 6 (6,1%) больных данной группы развились следующие осложнения: кровотечения в ложе железы — у 2 (2%), односторонний постоянный паралич мышц гортани — у 1 (1%), транзиторный гипопаратиреоз — у 3 (3,1%).

При гистологическом исследовании в послеоперационном периоде рак на фоне многоузлового зоба диагностирован у 7 (14,0%) пациентов, в том числе папиллярный рак — у 6 и фолликулярный — у 1 больного.

7 (17,9%) больных с недифференцированным раком ЩЖ из 39 в послеоперационном периоде умерли. Причиной смерти 3 больных явилась двусторонняя пневмония, осложненная отеком легких, у 4 больных развилась острая сердечно-сосудистая недостаточность в течение первых 10 дней после операции.

Из 17 больных с папиллярным раком ЩЖ 12 наблюдались в течение 3 лет. Причиной смерти 2 больных в течение 6 мес после операции явился прогрессирующий рост папиллярной карциномы IV стадии. Остальные 10 пациентов в настоящее время живы и получают супрессивную терапию тироксином в дозе 75–100 мкг. Больные с фолликулярным и медулярным раком IV стадии умерли от генерализации процесса в течение первых 3 мес после операции.

Таким образом, хирургическое лечение больных с тиреоидной патологией старческого возраста представляет значительные трудности, обусловленные шейно-загрудинной локализацией зоба, запущенными формами рака ЩЖ, тяжелой сопутствующей патологией. Позднее обращение больных старческого возраста за хирургической помощью связано с длительным наблюдением на амбулаторном этапе. Даже при лечении больных с доброкачественными заболеваниями ЩЖ процент (6,1%) послеоперационных осложнений превысил в 3 раза количество осложнений (2,3%) у пациентов среднего возраста, оперированных в нашей клинике. Послеоперационное кровотечение в ложе железы (3,0%) было наиболее частым осложнением. Это обусловлено наличием выраженного атеросклероза сосудов и патологией сердечно-сосудистой системы.

У больных старческого возраста преобладали опухоли ЩЖ, в особенности низкой дифференцировки. У 39 (86,0%) больных рак был диагностирован до операции. В 7 наблюдениях рак ЩЖ диагностирован при плановом гистологическом исследовании после операции по поводу многоузлового эутиреоидного зоба. Таким образом, в 14,0% наблюдений рак протекал на фоне многоузлового зоба, что значительно превысило этот показатель (5,0–7,0%) в других возрастных группах.

Неудовлетворительные результаты лечения больных старческого возраста со злокачественными опухолями ЩЖ определялись значительным количеством пациентов с анапластическим и запущенными формами дифференцированного рака ЩЖ. Поздние сроки хирургического лечения больных с дифференцированными формами рака ЩЖ были связаны с длительным наблюдением их на амбулаторном этапе. Большой процент низкодифференцированных форм рака ЩЖ у пациентов старческого возраста, по-видимому, обусловлен понижением дифференцировки рака ЩЖ при его длительном течении [4, 5].

Выводы. 1. У пациентов старческого возраста имело место осложненное течение заболеваний ЩЖ: шейно-загрудинная локализация зоба с компрессионным синдромом, наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии, приводившее к увеличению послеоперационных осложнений в виде кровотечения в ложе железы.

2. У больных старческого возраста на фоне доброкачественных заболеваний ЩЖ злокачественные опухоли встречались в 3 раза чаще, чем у пациентов молодого возраста.

3. Неудовлетворительные результаты лечения больных старческого возраста со злокачественными опухолями ЩЖ были обусловлены длительным наблюдением на амбулаторном этапе, преобладанием пациентов (63,0%) с IV стадией заболевания, почти у половины которых был выявлен анапластический рак.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Галкин Р.А., Макаров И. В., Стрельников И.И. и др. Оперативное лечение заболеваний щитовидной железы у лиц пожилого и старческого возраста // Материалы XI (XIII) Российского симпозиума с международным участием по хирургической эндокринологии.—СПб., 2003.—Т. 1.—С. 29–30.
2. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы.—СПб.: Наука, 1992.—С. 179–180.
3. Романчишен А.Ф. Залмовер Е.А. Тактика лечения недифференцированного рака щитовидной железы // Материалы 9-го Российского симпозиума по хирургической эндокринологии.—Липецк, 1998.—С. 217–218.

4. Agarwal A., Mishra S.K. Completion total thyroidectomy in the management of differentiated thyroid carcinoma // Aust. N. Z. J. Surg.—1996.—Vol. 66, № 6.—P. 358–360.
5. Demeter J.G. De Jong S.A., Lawrence A.M. et al. Anaplastic thyroid carcinoma: Risk. Factors and outcome // Surgery.—1991.—Vol. 110, № 6.—P. 956–963.
6. Lin Z.D., Chao S.T., Chin S.T. et al. Characteristics of thyroid carcinomas in aging patients // Eur.J. Clin. Invest.—2000.—Vol. 30, № 2.—P. 147–153.
7. Mariotti S., Franceschi C., Cossarizza A. et. al. The aging thyroid // Endocr. Rev.—1995.—Vol. 16.—P. 686–715.
8. Mathai V., Idikula J., Fenn A.S., Nair A. Do long-standing nodular goiters result in malignancies? // Australian & New Zealand J. of Surgery.—1994.—Vol. 64, № 3.—P. 180–182.
9. Mazzaferri E.L., Robbins R.J. et al. A consensus report on the role of serum thyroglobulin as monitoring method for patients with papillary thyroid carcinoma // J. Clin. Endocrinol. Metab.—2003.—Vol. 88.—P. 1433–1441.
10. Pelizzo M.R., Bernante P., Toniato A., Fassina A. Frequency of thyroid carcinoma in a recent series of 539 consecutive thyroidectomies for multinodular goiter // Tumor.—1997.—Vol. 83, № 3.—P. 653–655.
11. Rolla A.R. Thyroid nodules in the elderly // Clin. in Geriatric Med.—1995.—Vol. 11, № 2.—P. 259–269.
12. Williams E.D. Epidemiology and genetic factors in thyroid carcinoma // Acta Endocrinol.—1985.—Vol. 103, suppl. 252.—P. 11–12.

Поступила в редакцию 12.12.2008 г.

A.F.Romanchishen, A.S.Kuzmichev, A.A.Bogatikov

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF NODULAR DISEASES OF THE THYROID GLAND IN SENILE PATIENTS

The article presents an analysis of results of surgical treatment of 90 patients aged older than 75 years (mean age 78.0 ± 2.8 years) with nodular diseases of the thyroid gland. The influence of a concomitant pathology in other organs on the course of diseases of the thyroid gland was established. It was noted that in senile patients malignant tumors appeared three times more often against the background of a benign pathology of the thyroid gland than in young patients. Main indications for surgical treatment were compression syndrome and cancer of the thyroid gland. The results of treatment of malignant tumors of the thyroid gland in senile patients and causes of postoperative complications were studied. Unfavorable results of treatment were due to prolonged observations at the pre-admission stage, predominance of patients (63.0%) with the 4th stage of disease, almost half of them had anaplastic cancer.