

назначена на срок не менее года. Явления постэмболической легочной гипертензии сохраняются у 2 больных (подтверждено данными эхокардиографии, СКТ-ангиографии грудной клетки).

В период от 3 до 5 лет удалось пронаблюдать 139 (56%) пациентов. Их можно условно разделить на две подгруппы: первая – 59 (42,4%) пациентов, у которых удалось подобрать и контролировать МНО; вторая – 80 (57,6%) пациентов, у которых адекватной терапии не получилось.

В первой группе удалось подобрать необходимую дозу антикоагулянта в соответствии с целевым значением международного нормализованного отношения (МНО) в интервале от 2 до 3 и контролировать МНО не реже 1 раза в месяц. Среди пациентов со значениями МНО в пределах от 2 до 3 ретромбозов в системе нижней полой вены не было. Клинически значимое кровотечение (острое желудочно-кишечное кровотечение), потребовавшее отмены антикоагулянтов и госпитализации, возникло у 1 (1,6%) больного. По результатам оценки выраженности ПТФС у 46 (78%) больных преобладала легкая степень, средняя – у 10 (17%), тяжелая – у 3 (5%).

Во второй группе в период наблюдения от 3 до 5 лет у больных значения МНО были меньше целевых, контроль показателей МНО носил эпизодический характер. Это связано с плохой оснащенностью подразделений практического здравоохранения специальными анализаторами. Ретромбозы возникли у 9 (11,3%) больных, причем в 3 случаях тромбы носили флотирующий характер, что потребовало оперативного лечения (тромбэктомии). У 3 (3,7%) больных возникли клинически значимые кровотечения (у 2 – желудочно-кишечные, у одного – мочепузырное). Значения МНО у этих больных при поступлении в urgentный стационар составляли более 5, а контроль МНО не производился в течение 2–3 месяцев. По результатам оценки выраженности ПТФС у 29 (36%) больных была легкая степень, преобладала средняя степень – у 39 (49%), тяжелая степень ПТФС – у 12 (15%) больных.

Данная статистика показывает необходимость проведения адекватной антикоагулянтной терапии и контроля за нею.

Обсуждение

В комплекс методов диагностики ВТЭО необходимо включать УЗДИ вен нижних конечностей, СКТ-ангиографию грудной клетки, а при необходимости флебографию для определения последующей лечебной тактики. Это согласуется с Российскими клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений, 2010 [4].

При проведении антикоагулянтной терапии необходим ультразвуковой контроль состояния тромботических масс для избежания отсроченной тромбоэмболии. При наличии флотирующих тромбов показано экстренное оперативное вмешательство с целью профилактики ТЭЛА. По нашему мнению, адекватным вмешательством может быть тромбэктомия флотирующего сегмента тромба с последующей флебопликацией.

Данные о выраженности ПТФС при долгосрочном наблюдении показывают необходимость проведения адекватной антикоагулянтной терапии и адекватного контроля за нею. На амбулаторном этапе важен обязательный контроль над проводимой терапией непрямыми антикоагулянтами с определением МНО не реже 1 раза в месяц. Интересно исследование О. Sochor и соавт., показавшее одинаково хорошие результаты длительной варфаринотерапии при домашнем самоконтроле и контроле в специальных клиниках [7]. В связи с чем необходимо более широкое внедрение портативных анализаторов МНО.

Также при назначении антикоагулянтной терапии необходимо учитывать генетический профиль больного. У пациентов с врожденной тромбофилией возможно назначение прямых ингибиторов тромбина, дезагрегантов.

Данный комплекс мероприятий позволит снизить количество фатальных тромбоэмболий и снизить количество больных с тяжелыми формами венозной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган З. С. Очерки антитромботической фармакопрофилактики и терапии. – М., 2000. – 148 с.
2. Кириенко А. И., Леонтьев С. Г., Лебедев И. С., Селиверстов Е. И. Тромбозы и тромбоэмболии. Профилактика венозных тромбозомболических осложнений в хирургической практике // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8. № 7. – С. 34–39.
3. Покровский А. В. Клиническая ангиология: Руководство для врачей / Под редакцией А. В. Покровского. – М., 2004. – 888 с.
4. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений. – 2010.
5. Савельев В. С. Флебология: Руководство для врачей / Под редакцией В. С. Савельева. – М., 2001. – 664 с.
6. Goldhaber S. Z. Venous thromboembolism prophylaxis in medical patients // Trombosis and haemostasis. – 2007. – № 2. – P. 899–901.
7. Sochor O., Blustin J., Grill D., Metzger K., Wysokinski W., McBane R. Implementation of community based home INR monitoring program for management of warfarin therapy. – International angiology. – 2012. – Vol. 3, suppl. to № 3. – P. 131–132.

Поступила 12.02.2013

А. Ф. РОМАНЧИШЕН¹, К. В. ВАБАЛАЙТЕ²

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗНЫХ СТРАНАХ МИРА

¹ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Россия, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2;

Представлена краткая история изучения рака щитовидной железы (РЩЖ). Освещены малоизученные, нередко забытые приоритеты российских учёных в тиреоидной хирургии и онкологии 19-го и начала 20-го веков. Показано, что частота применения различных способов лечения (медикаментозный, радиойодтерапия, хирургическое лечение) больных ДТЗ и РЩЖ в Азии, России, Западной Европе, США, Южной Америке, Австралии значительно различается. При этом показания к операции примерно одинаковые во всех странах. Терапия радиоiodом при ДТЗ у детей используется очень редко и после 18 лет из-за обоснованного опасения побочных действий. Отмечено, что основными дискуссионными вопросами сегодняшнего дня в диагностике РЩЖ и лечении больных данной карциномой являются: эпидемиология, ранняя диагностика фолликулярного и медуллярного РЩЖ; применение профилактической центральной лимфаденэктомии при $T_1N_0M_0$; обоснованность использования радиоiodа для абляции тиреоидных остатков при T_1N_0 и T_2N_0 ; выбор объёма операции при местно-инвазивном РЩЖ; лечение больных анапластическим РЩЖ. Во всём мире растёт заболеваемость РЩЖ. Наблюдаются расширение показаний к тиреоидэктомии и дополнение её центральной лимфаденэктомией. Отдаётся предпочтение органосохраняющим операциям при запущенном РЩЖ. Повсеместно отмечается более редкое применение терапии радиоiodом при раннем РЩЖ. Основные направления развития российской эндокринной хирургии и онкологии современны и актуальны, что создаёт благоприятные условия для их дальнейшей международной интеграции и прогрессирования.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, лечение.

A. F. ROMANCHIHEN¹, K. V. VABALAYTE²

MODERN TRENDS IN THE TREATMENT OF PATIENTS DIFFERENTIATED OF THYROID CANCER IN DIFFERENT COUNTRIES OF THE WORLD

¹GOU VPO Saint-Petersburg state pediatric medical university,
Russia, 194100, Saint-Petersburg, Lithuanian str., 2;

²Saint-Petersburg center of endocrine surgery and oncology,
Russia, 191014, Saint-Petersburg, prosp. Foundry, 56. Tel. +79219621527. E-mail: afromanchishen@mail.ru

A brief history of study of thyroid cancer (TC). Covered studied, often forgotten priorities of Russian scientists in thyroid surgery and Oncology 19th and early 20th centuries. It is shown that the frequency of use of various methods of treatment (medical, radioiodoterapija, surgical treatment) patients DTG and TC in Asia, Russia, Western Europe, USA and South America, Australia vary considerably. The indications for surgery are approximately the same in all countries. Therapy radioiodine at DTZ in children is used very rarely and after 18 years due to a well-founded fear of side effects. It was noted that the main discussion issues of the day in the diagnosis of TC and treatment of patients of this carcinoma are: epidemiology, early diagnosis of follicular, medullary TC; the application of preventive Central lymphadenectomy are in $T_1N_0M_0$; the validity of utilization of the radio iodine for ablation of thyroid remnants of the T_1N_0 and T_2N_0 ; the choice of the volume of operations under locally invasive CT; treatment of patients with anaplastic TC. There is increasing worldwide incidence of TC. There has been an expansion of indications for a thyroidectomy and addition to its Central limfadenectomii. The preference is given to organo-preserving operations with the TC. Everywhere there was a rare application of the therapy radioiodine in early TC. The basic directions of development of the Russian endocrine surgery and oncology up-to-date and relevant, that creates favorable conditions for their further international integration and progression.

Key words: thyroid cancer, treatment.

Обзор литературы

Исходя из того, что «Только человек, знакомый с искусством и наукой прошлого, может способствовать их продвижению в будущем» (Т. Billroth, 1863) [9], обратимся к истории изучения рака щитовидной железы (РЩЖ). Первое сохранившееся в литературе описание клинических проявлений РЩЖ относится к 1811 г., и принадлежит оно Allan Burns из Glasgow [11]. Однако хирургический опыт лечения таких больных накапливался медленно из-за опасности операций на ЩЖ. Так, Henry Trentham Butlin (1845–1912) к 1887 г. представил лишь 50 операций по поводу РЩЖ. Из 40 оперированных погибло 30. В 1901 г. James Berry (1860–1946) опубликовал блестящую монографию «Diseases of the thyroid gland and their surgical treatment» («Болезни ЩЖ и их хирургическое лечение»), где он помимо размышлений о причинах зоба, краткой анатомии ЩЖ, анализа применявшихся тогда способов хирургического лече-

ния дал очень детальное описание клинических проявлений и течения РЩЖ у взрослых и детей [9]. Послеоперационная летальность при РЩЖ, тем не менее, достигала 34%.

Georg Washington Crile (1864–1943) из Cleveland (Ohio, США) – ученик и последователь немецкой и английской школ хирургии, один из первых специалистов по шоку и переливанию крови с учётом изосовместимости (более 60 успешных переливаний к 1906 г.), основатель клиники, процветающей вместе с университетом и онкологическим институтом до настоящего времени, генерал. Наладил конвейерный метод операции на ЩЖ (25–30 операций на ЩЖ в день), в 1906 г. опубликовал статью «Excision of cancer of the head and neck with special reference to the plan of dissection based on 132 operation» («Исечение опухолей головы и шеи с особым вниманием на шейную диссекцию, основанную на опыте 132 операций»). Операция получила

распространение во всём мире, и её 100-летие нами торжественно отмечалось в Cleveland в 2006 г. [15].

Ещё одно имя, мало известное в России, – один из пионеров тиреоидной хирургии Thomas Peel Dunhill (1876–1957) из Австралии. Он удалял шейно-загрудный зоб и запущенный РЩЖ через стернотомический (клюшкообразный и перевёрнутый Т-образный) доступ, различал медуллярные, папиллярные зобы, использовал иглы радия для лучевой терапии больных раком, применял заместительную гормональную терапию экстрактами ЩЖ животных после тиреоидэктомии (1937) [17].

Theodor Emil Kocher (1841–1917) снизил послеоперационную летальность при узловом зобе с 12,6% (в 1870-е) до 1,0% (в 1898 г.). Всё же при РЩЖ этот показатель оставался высоким – до 22,0%. Кроме того, Т. Kocher изучал совместно с морфологом Т. Langhans (1907) злокачественные опухоли ЩЖ, усовершенствовал технику операций на ЩЖ, в том числе считал непременным лигирование сосудов ЩЖ до начала ее резекции [20]. Применил воротничкообразный разрез на шее (1898), рекомендованный J. Boeckel (Strasbourg, 1881) для операций на ЩЖ [10].

Такой доступ и последовательность операции были предложены ещё в 1831 г. Н. И. Пироговым [3]. Он же первым в России успешно резецировал ЩЖ и первым в мире сделал это под общим обезболиванием в 1847 г.

Первый ассистент А. Eiselberg (1860–1939) в 1894 г. показал, что причиной микседемы является удаление ЩЖ. Описал наблюдение, где у пациентки с метастазом в грудную железу имел место гипотиреоз, а после её резекции – гипотиреоз и эутиреоз вслед за рецидивом опухоли ЩЖ в грудной железе. Анализ этого наблюдения позволил ему прийти к заключению, что некоторые формы РЩЖ функционально активны. В 1890 г. А. Eiselberg первым произвёл пересадку измельчённой околощитовидной железы для профилактики тетании после тиреоидэктомии [8].

Charles Horace Mayo (1865–1939) – отец американской тиреоидологии, в 20-е годы представил отчёт о выполнении около 200 тиреоидэктомий у больных РЩЖ.

В 1914 г. Edward C. Kendall (1886–1972) в США впервые выделил тироксин, после чего заместительная терапия после тиреоидэктомии обрела другой, качественно более высокий уровень. 30–50-е гг. XX века внесли значительные изменения, как в технику хирургических вмешательств, так и в понимание морфологической структуры РЩЖ, а также появились новые эффективные способы лечения инвазивных и распространённых карцином ЩЖ [5]. Так, выдающийся американский хирург Frank Howard Lahey (1880–1953) в 1938 г. опубликовал статью, в которой показал, что удаление ЩЖ при всех заболеваниях под визуальным контролем возвратных нервов [20] обеспечило ему небывалое (в том числе до сих пор) снижение частоты параличей мышц гортани (до 0,3%). По нашим данным, приоритет этой замечательной методики операций на ЩЖ принадлежит нашему российскому учёному Александру Алексеевичу Боброву. В клинике факультетской хирургии Московского университета он впервые внедрил ее в постоянную практику в 1893 г. [2]. К сожалению, далеко не все тиреоидные хирурги следуют этому золотому правилу и в наше время.

В 1942 г. американские хирурги (в первую очередь из клиники Мейо) начали применять радиоiodотерапию

для ликвидации отдалённых и регионарных метастазов РЩЖ. Этот великолепный метод, обеспечивающий полную или частичную абляцию тиреоидной ткани, небезобиден в силу воздействия радиации на костный мозг, иммунитет, половые клетки и т. д. и должен использоваться аргументированно.

В 1953 г. Shields Warren, William Meissner из Boston (США) описали ещё одну морфологическую форму – фолликулярный РЩЖ а в 1959 г. J. Hazard (США) представил менее благоприятно протекающую форму карциномы – медуллярный РЩЖ [5]. Однако эта общеизвестная информация неточная, так как впервые описал и назвал медуллярный РЩЖ российский хирург из Саратова Николай Васильевич Разумовский в 1903 г. Он же первым в 1903 г. применил пункционную и эксцизионную биопсию ЩЖ [4].

Живая легенда американской эндокринной хирургии Norman W. Thompson N. W. в 1973 г. заметил: «К началу XX века благодаря появлению общего обезболивания в 1846 г. и более совершенной местной анестезии, антисептики в 1867 г. и асептики, крючков для разведения краев раны в 1870 г. и кровоостанавливающих зажимов (Wells S., 1874), разработке эффективной методики операций на ЩЖ резко уменьшилась периоперационная летальность. Задачей сегодняшнего поколения хирургов является максимальное снижение числа осложнений» [26]. Приведённая точка зрения этого выдающегося хирурга блестяще суммировала основные достижения тиреоидной хирургии XIX века. Однако в ней тоже есть неточность: в полевом наборе хирургических инструментов Николая Ивановича Пирогова, изготовленном в 40-е гг. на Санкт-Петербургском инструментальном заводе, есть кровоостанавливающий зажим с замком.

Таким образом, достойно оценивая и преклоняясь перед выдающимся вкладом западно-европейских хирургов в тиреоидную хирургию, следует отметить, что приоритеты российских хирургов в этом разделе хирургии не исследованы и не освещены надлежащим образом.

Основными дискуссионными вопросами сегодняшнего дня в диагностике РЩЖ и лечении больных являются следующие: эпидемиология, ранняя диагностика фолликулярного и медуллярного РЩЖ; применение профилактической центральной лимфаденэктомии (ЛАЭ) при клинически определяемой опухоли $T_1N_0M_0$; обоснованность использования радиоiodа для абляции тиреоидных остатков при T_1N_0 и T_2N_0 ; выбор объёма операции при местно-инвазивном дифференцированном РЩЖ; лечение больных анапластическим РЩЖ.

Исходя из опыта нашего коллектива в тиреоидной хирургии, насчитывающего около 27 000 операций, в том числе 3700 при раке ЩЖ, мы анализировали основные доклады на 33 конференциях Азиатской, Европейской, Американской ассоциаций эндокринных хирургов и Интернациональной федерации онкологических обществ по изучению опухолей в период с 2008 по 2011 г., где, в свою очередь, представили 93 собственных доклада и лекции по результатам изучения опыта лечения и многолетнего наблюдения больных различными формами РЩЖ.

Во всём мире отмечен рост заболеваемости РЩЖ. John D. Cramer, изучив базу данных США (1973–2006), объединяющую 50 357 больных РЩЖ, отметил

рост этой заболеваемости с 4,2 до 10,2 на 100 000 населения [15]. По данным онкологической статистики, примерно такая же динамика на протяжении последних 13 лет наблюдается в Российской Федерации и в нашем городе (процент прироста составил 38,8%) [6]. Можно предположить, что основная причина одна и та же: загрязнение окружающей среды. Нередко можно услышать, что истинного роста заболевания РЩЖ нет, а изменения статистических данных обусловлены лишь возросшими возможностями ранней диагностики благодаря УЗИ. Данные того же автора (John 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 смыслов пунктатов регионарных лимфоузлов на содержание тиреоглобулина и кальцитонина.

Программа хирургического лечения больных дифференцированным РЩЖ в разных концах мира при $T_1N_0M_0$ неодинакова. В Токио (Япония) предпринимаются гемитиреоидэктомия, центральная и боковая ЛАЭ. Радиойодтерапия не используется. В клинике Mayo (Rochester, США) выполняются тиреоидэктомия, двусторонняя центральная ЛАЭ. Радиойодтерапия не практикуется. Институт онкологии Gustave Roussy (Villejuif, Франция) рекомендует выполнять центральную и боковую ЛАЭ. Радиойодтерапия назначается выборочно. В Sydney (Австралия), как правило, делают тиреоидэктомию, одностороннюю центральную ЛАЭ, радиойодтерапию. А. Shaha, J. Shah (MSKC, США) считают необходимым применять тиреоидэктомию и центральную ЛАЭ (1–2-стороннюю) лишь при подозрении или очевидном поражении этих групп лимфоузлов. Если таких признаков нет, подобный объём хирургического лечения рекомендуют предпринимать у пациентов с опухолями больших размеров (T_3 , T_4) и при неблагоприятных гистологических формах РЩЖ.

Американская тиреоидная ассоциация (стандарт 2009) рекомендует выполнять центральную ЛАЭ лишь в группе пациентов РЩЖ высокого риска.

Большой интерес вызвал доклад I. Нау из клиники Мейо на Первой мировой конференции по РЩЖ в Торонто (2009). Проанализированный опыт клиники Мейо в лечении больных РЩЖ составил 24 300 больных, оперированных в период с 1940-х по 2004 г. Из этой когорты больных I. Нау отобрал и исследовал 3101 больного карциномами из фолликулярного эпителия, относящимися к T_1 , и сделал следующие выводы [18]:

пациенты с микрокарциномами (размерами до 1 см), «окультным» (до 1,5 см) РЩЖ обычно выздоравливают после адекватного хирургического лечения в 99%;

частота рецидивов РЩЖ в течение 20–40 и более лет наблюдения составила 1–7%; радиойодтерапия не влияла на частоту рецидивов и отдалённых метастазов карцином, но после радиойодтерапии метастазы в шейные лимфоузлы выявлялись чаще, чем только после адекватного хирургического лечения в любой группе исследованных (с микрокарциномами, «окультными» карциномами, T_1), включая пациентов мультицентрическим РЩЖ и с регионарными метастазами.

Проведенное исследование позволило модифицировать клинические рекомендации клиники Мейо

по лечению больных РЩЖ T_1 (диаметр карциномы до 2 см) и рекомендовать:

выполнять тиреоидэктомию и центральную ЛАЭ (удаление 6-й группы шейных лимфоузлов) у всех больных;

боковую ЛАЭ предпринимать при клиническом, ультразвуковом или интраоперационном обнаружении регионарных метастазов во 2–5-й группах шейных лимфоузлов;

терапию радиойодом использовать при повышении уровня стимулированного тиреоглобулина, наличии других признаков отдалённых метастазов, в группе больных папиллярной, фолликулярной и Хюртле-клеточной карциномой высокого онкологического риска.

Недавнее изучение отдалённых результатов применения радиойодтерапии у 6841 больного РЩЖ в Европе [25] показало рост 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, проведенных I. 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 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 журнале «Вестник хирургии» в 2008 г. [1], тоже отмечено, что если у больного определена «... группа низкого риска ($T_1N_0M_0$) – послеоперационная терапия I^{131} не показана, так как не установлено преимуществ в отношении частоты рецидива и летальности», если «...группа среднего риска – показания определяются индивидуально». [1]. 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 РЩЖ не нужна! Об этом же говорится в комментариях R. Witt (2010) из Thomas Jefferson University, США, к новому (2009) стандарту Американской тиреоидной ассоциации (ATA) [27]:

радиойодтерапия показана всем больным T_3 , T_4 или с III и IV стадиями РЩЖ; пациентам старше 45 лет со II стадией РЩЖ;

в лечении радиойодом не нуждаются больные при T_1N_0 размером менее 1 см, T_1N_0 более 1 см или T_2N_0 в возрасте моложе 45 с высокой степенью дифференцировки РЩЖ, при мультифокальности опухоли и инвазии сосудов; мультифокальности микрокарцином (<1 см);

центральная лимфаденэктомия не показана при T_1N_0 , T_2N_0 , но её необходимо предпринимать с одной или двух сторон при T_3N_0 , T_4N_0 .

Следует отметить, что принципа избирательного применения радиойодтерапии придерживаются и другие исследователи [22, 23, 24]. В настоящее время у нас имеется объективный способ определения необходимости использования с лечебной целью радиойода. Это стимулированный (после месячной отмены лечения Л-тироксина или использование тирогена) уровень тиреоглобулина и антител к нему [7, 12, 13, 16]. В последнее

время появилась ещё одна возможность для диагностики метастазов дифференцированных форм РЩЖ – это определение уровня тиреоглобулина, кальцитонина в сывывках пунктатов из лимфоузлов и узлов ЩЖ.

В настоящее время мы придерживаемся следующего лечебно-диагностического алгоритма при РЩЖ. При обнаружении узлового образования в ЩЖ 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 T_1 или $T_2N_0M_0$ предпринимаем (имея согласие больного) тиреоидэктомию вместе с центральной ЛАЭ. Если в ходе операции карцинома оценена как T_3 или T_4N_1a или T_4bM_0 – выполняем тиреоидэктомию, центральную и боковую (по показаниям в виде наличия или подозрения на наличие метастазов РЩЖ во 2–5-й группах лимфоузлов) шейную лимфаденэктомию. Через 3–4 месяца после операции определяем стимулированный отменой тиреоидных гормонов уровень тиреоглобулина крови, УЗИ шеи, ФЛГ в 2 проекциях. При выявлении метастатического поражения регионарных лимфоузлов по данным лучевой, морфологической (цитологической), а теперь и лабораторной (определение уровня тиреоглобулина или кальцитонина в сывывках из лимфоузлов) диагностики предпринимаем лимфаденэктомию с последующим контролем уровня тиреоглобулина. Показанием к терапии радиойодом является повышение уровня тиреоглобулина выше 10–15 и/или обнаружение отдалённых метастазов РЩЖ.

Особую группу, требующую более радикальной тактики диагностики и лечения, представляют больные медуллярным РЩЖ. С одной стороны, выявлять медуллярный РЩЖ среди других узловых новообразований ЩЖ довольно легко, так как эта карцинома имеет маркер – кальцитонин. С другой, это непростая задача, так как выявление одного больного медуллярным РЩЖ путём скрининга всех больных с узловым зобом обходится от 12,5 до 25 тысяч долларов США. Практически все специалисты рекомендуют при медуллярном раке удалять ЩЖ и центральную группу лимфоузлов. 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 даже ПЭТ.

Не решён вопрос о времени тиреоидэктомии у детей с анамнезом и генетическими признаками семейного медуллярного РЩЖ. Однако отчётливо прослеживается зависимость отдалённых результатов от наличия метастазов в момент первого хирургического вмешательства у больного. Интратиреоидное расположение медуллярных карцином определяет благоприятные отдалённые результаты, практически аналогичные таковым при папиллярном раке. Если есть метастазы, прогноз при медуллярном раке значительно ухудшается.

Таким образом, ранняя диагностика и адекватное хирургическое лечение при медуллярном РЩЖ – важнейшие факторы прогноза.

Анализ обобщенного опыта лечения детей со спорадическим, эндемическим и радиоиндуцированным РЩЖ (1909 пациентов) показал, что в 62,2% наблюдений имелись регионарные метастазы, в 18,2% – экстра-тиреоидное распространение карцином, в 19,9% – много-

фокусный рост, в 12,2% – отдалённые метастазы (до- и послеоперационные), в 1,3% – смерть от прогрессирования опухоли через 1–16 лет после операций [1]. 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 с радиоиндуцированным раком была выше, чем в остальных группах больных [1].

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 склоняется к применению первых лишь при прорастании карцином до слизистой оболочки или ограниченной (2–3 см) её инвазии. J. Shah, J. K. Chung (IFHNOS, 2009, 2010) 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 [21] дана следующая оценка эффективности разных способов лечения инвазии аэродигестивного тракта у больных РЩЖ. Только врастание 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 таких пациентов из 3700 больных, оперированных по поводу рака ЩЖ. 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% наблюдений. 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 7,1% соответственно. Органосберегающие операции предприняты в 87,6% наблюдений, в том числе «бреющие» резекции – в 65,0%, боковые резекции (с или без резекций слизистой оболочки) – в 21,5%. Послеоперационная летальность соответствовала 2,6%, послеоперационные рецидивы рака отмечены в 11,0%, а 5- и 10-летняя выживаемость достигла после «бреющих» резекций 80,4% и 76,2%, после боковых резекций – 78,3% и 70,6% соответственно. В большинстве случаев (196, или 76,6%) комбинированные операции были радикальными. У 60 (23,4%) пациентов полностью удалить опухоль было невозможно. Для предупреждения рецидивов и метастазов рака применялись по показаниям радиойодхимиотерапия и наружное облучение. Несомненно, качество жизни пациентов после органосберегающих операций было несравненно лучше, чем после тех вмешательств, которые завершались трахеостомией и/или гастростомией.

Таким образом, российские хирурги внесли весомый вклад в развитие мировой тиреоидной хирургии.

Однако он до настоящего времени мало кому известен, нуждается в глубоком изучении и популяризации.

Основными дискуссионными вопросами сегодняшнего дня в диагностике и лечении больных РЩЖ являются: ранняя диагностика фолликулярного и медуллярного РЩЖ; применение профилактической центральной ЛАЭ при $T_1N_0M_0$; обоснованность использования абляции радиоiodтерапии при $T_1N_0M_0$ и $T_2N_0M_0$; выбор объёма операции при местно-инвазивном дифференцированном РЩЖ.

Наблюдаются расширение показаний к тиреоидэктомии при T_1-T_2 и дополнение её профилактической центральной ЛАЭ, применение органосохраняющих операций при запущенном РЩЖ. Отмечено повсеместное снижение применения терапии радиоiodом при раннем РЩЖ, у детей, подростков, молодых людей и женщин детородного возраста в силу опасности побочных действий радиации. Безусловным показанием является лишь наличие отдалённых метастазов рака ЩЖ.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение дифференцированного РЩЖ. Клинические рекомендации согласительной комиссии (с небольшими сокращениями) // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2008. – Т. 167. № 3. – С. 59–62.
2. Лежнев Н. В. Зоб в России. – М.: тип. М. Борисенко, 1904. – 341 с.
3. Пирогов Н. И. Хирургический вопрос об экстирпации щитовидной железы. – Дерпт. – 1831. – С. 355–359.
4. Разумовский В. И. Повреждения и заболевания щитовидной железы. – СПб, 1903. – 58 с.
5. Романчишен А. Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желёз. – СПб: «Вести» ИПК. – 647 с.
6. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина. – Т. 20. – № 3, прил. 1. – С. 11.
7. Ainitaim 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.
8. Berry J. Diseases of the thyroid gland and their surgical treatment. – London: J. & A. Churchill, 1901. – 367 p.
9. Billroth T. Die Allgemeine chirurgischen pathologie und therapie in Funfzig vorlesungen. – Berlin, 1863.
10. Boecler J. Thyroidectomy pour un goiter suffocant. Guérison par premiere intention // Mem. de la soc. de med., Strasbourg (1879–1880). – 1881. – Vol. 17. – P. 129.

11. Burns A. Observations of the surgical anatomy of the head and neck. – Edinb., 1811. – 202 p.

12. 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. – 2009. – P. 114.

13. 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 // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 127.

14. 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.

15. Crile G. W. Diagnosis and treatment of diseases of the thyroid gland / W. B. Saunders. – Philadelphia, 1932. – P. 401–409.

16. Cumbroner 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.

17. Dunhill T. P. Surgery of thyroid gland // Trans. med. soc. lond. – 1937. – Vol. 60. – P. 234–252.

18. 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.

19. Kocher T. Text-book of operative surgery. Translated by Stiles, H. J. London: A & C Black: (a) 2nd ed, 1895. – P. 99–105.

20. Lahey F. H. Routine dissection and demonstration recurrent laryngeal nerve in subtotal thyroidectomy // Surg. gynecol. obstet. – 1938. – Vol. 66. – P. 774–777.

21. McCaffrey T. V., Lipton R. J. Thyroid carcinoma invading the upper aerodigestive system // Laryngoscope. – 1990. – Vol. 100. – P. 824.

22. Moss L. UK survey of differentiated thyroid cancer management // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 147.

23. O'Toole L. Are we under-treating low risk thyroid cancer patients? // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 146.

24. Pathak K. A. Has the Use of radioactive Iodine impacted the outcome of high risk differentiated thyroid cancer // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 55.

25. Rubino C., Vathaire D., Dottorini M. et al. Second primary malignancy in thyroid cancer patients // Br. j. c. – 2003. – Vol. 89. – P. 1638.

26. Thompson N. W., Olsen W. R., Hoffman G. L. The continuing development of the technique of thyroidectomy // Surgery. – 1973. – Vol. 73. № 6. – P. 913–927.

27. Witt R. What is new in the ATA (American thyroid association) guidelines // 4th World congress of International federation of head and neck oncologic societies. – 2010. – P. 203.

Поступила 10.02.2013

Е. В. РЯБЧЕНКО, Н. В. ДРЕМЛЮГА

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Отделение эндокринной хирургии государственного бюджетного учреждения здравоохранения

«Краевая клиническая больница № 2»,

Россия, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2.

Тел. 8-918-462-68-52. E-mail: rev7512@mail.ru