

© Коллектив авторов, 2009  
УДК 616.441-006.6-089:612.423.1

В.А.Чернышев, Р.Г.Хамидуллин, С.В.Зинченко, А.Н.Рудык

## ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ (главврач — проф. Р.Ш.Хаснов), г. Казань

**Ключевые слова:** рак щитовидной железы, центральная лимфодиссекция.

**Введение.** Профилактическое удаление регионарных лимфатических узлов (ЛУ) у больных раком щитовидной железы (РЩЖ) одновременно с операцией на щитовидной железе (ЩЖ) до сих пор остается спорным вопросом. В последние 10 лет активно обсуждаются показания и особенности выполнения центральной лимфодиссекции одновременно с операцией на ЩЖ [2–4, 6, 8, 9, 14]. Тем более, в соответствии с 6-й редакцией классификации TNM (2002 г.) группа предгортанной, претрахеальной, паратрахеальной и верхнепереднего средостения выделена в отдельный 6-й уровень ЛУ шеи [5]. Метастазы в эти группы ЛУ классифицируются как N1a и расцениваются как ЛУ I этапа метастазирования РЩЖ. А это значит, что эти ЛУ должны быть удалены прежде всего. Так как работ, посвященных закономерностям метастазирования РЩЖ в регионарные ЛУ в зависимости от возраста, пола, локализации, размера опухоли, наличия экстра-тиреоидного распространения появилось немало [2, 13–15], вопросы операционной тактики и стратегии ждут своего разрешения. Прежде всего, не решена проблема дооперационной диагностики и морфологической верификации метастазов в ЛУ этого уровня. Также далека от разрешения и интраоперационная верификация метастазов в эти ЛУ. Вышедшие в последние годы многочисленные рекомендации по лечению РЩЖ [1, 7, 8, 10–12] советуют выполнять одновременно центральную лимфодиссекцию и тиреоидэктомию при опухолях более 1 см. Эти многочисленные работы и рекомендации не дают ответа на вопрос о дальнейшей тактике при обнаружении метастазов в ЛУ 6-го уровня в зависимости от того выявлены они в ипсилатеральной клетчатке или в контралатеральной, или же были двусторонние. И наконец, стоит вопрос о необходимости выполнения одномоментной шейной лимфодиссекции

2–5-го уровней при отсутствии клинических метастазов, но при гистологическом обнаружении их в ЛУ 6-го уровня. Мы попытались ответить на поставленные вопросы, проанализировав собственный материал по хирургическому лечению больных РЩЖ. Профилактическую и лечебную центральную лимфодиссекцию мы выполняли на протяжении последних 6 лет.

**Материал и методы.** В это ретроспективное исследование включены 93 больных РЩЖ, у которых выполнена одномоментная центральная лимфодиссекция в отделении опухолей головы и шеи РКОД МЗ РТ в период с сентября 2000 г. по декабрь 2006 г. Все больные были разделены на 2-й группы. В 1-ю группу вошли 48 больных, которым была выполнена профилактическая лимфодиссекция, во 2-ю группу — 45 больных, после лечебной лимфодиссекции. Необходимо отметить, что в первые 2 года центральная лимфодиссекция выполнялась эпизодически и в основном у больных с опухолями, прорастающими капсулу железы и подозрительными на метастатическое поражение ЛУ 6-го уровня. С начала 2003 г. мы почти всем больным РЩЖ с морфологически доказанным до или во время операции выполняем центральную лимфодиссекцию. Исключение из этого правила составили больные с карциномами ЩЖ при отрицательной биопсии одного из ЛУ центральной клетчатки (как правило, на фоне узлового или многоузлового зоба).

Мы придерживаемся следующих принципов операции при РЩЖ. При начальном этапе операции, когда обнажаются передние мышцы шеи, уже можно выявить прорастание опухоли капсулы железы. Если этого нет, то мы, как правило, сохраняем передние мышцы шеи и мобилизуем их почти на всем протяжении от грудины до гортани, чтобы широко отодвинуть их в стороны крючками Фарабефа. Далее этапы мобилизации ЩЖ проводим по общепринятой методике с обнажением общих сонных артерий на протяжении. Тщательно проводим ревизию паратрахеального пространства и передневерхнего средостения для поиска макроскопически измененного или подозрительного ЛУ. Проведение срочного гистологического исследования ЛУ помогает установить диагноз и выбрать рациональную тактику дальнейшей операции. Если близлежащие ЛУ не подозрительны на метастатические изменения, то приступаем к мобилизации самой ЩЖ с опухолью. Порой эти этапы операции проводим в другой последовательности — сначала ревизия и мобилизация ЩЖ, а затем регионарных ЛУ. Определенные трудности представ-

ляют опухоли, расположенные в верхних полюсах ЩЖ и, особенно, в области связки Берри. На этом этапе операции можно довольно четко обнаружить прорастание опухоли капсулы железы и ее экстратиреодное распространение. Если обнаружены признаки прорастания капсулы железы, и срочное гистологическое исследование подтверждает наличие рака, то мы выполняем тиреоидэктомию с одноментной центральной лимфодиссекцией. Если же опухоль интратиреодная (T1 или T2), то производим или гемитиреоидэктомию, или субтотальную резекцию ЩЖ с ипсилатеральной центральной лимфодиссекцией. При многофокусной опухоли или опухоли перешейка выполняем тиреоидэктомию и двустороннюю центральную лимфодиссекцию. Дальнейшие действия оператора заключаются в ревизии ипсилатеральных ЛУ по ходу сосудистого пучка, если опухоль монофокусная и имеются метастазы только в ипсилатеральных ЛУ центрального уровня. Если опухоль многофокусная, двусторонняя и имеются метастазы в контралатеральные ЛУ центрального уровня, то проводится тщательная ревизия ЛУ с обеих сторон шеи. При отсутствии клинически подозрительных метастатических ЛУ по ходу главных сосудов шеи операционное поле дренируем активным двухпросветным дренажем и ушиваем рану.

Плановое гистологическое исследование позволяет установить окончательный диагноз, обнаружить макроскопические признаки прорастания капсулы ЩЖ опухолью и наличие метастазов (вплоть до микроскопических) в удаленных ЛУ центральной клетчатки.

**Результаты и обсуждение.** Больных 1-й группы в возрасте до 45 лет было в 2 раза меньше, чем больных 2-й группы. Соответственно больных, перенесших лечебную лимфаденэктомию в возрасте свыше 45 лет, было в 2 раза меньше. Это отражает более агрессивное распространение РЩЖ по лимфатическим коллекторам у больных более молодого возраста. Значительных отличий по размерам и распространенности первичной опухоли ЩЖ у больных обеих групп не было. Большинство больных 1-й и 2-й группы имели местно-распространенные опухоли T3–4 — 83,3 и 88,8% соответственно. У больных 2-й группы чаще (у 32 из 45 наблюдений) выполнялись тиреоидэктомии, чем в 1-й группе (у 28 из 48 наблюдений). У больных 2-й группы (с метастазами в ЛУ 6-го уровня) было 6 повторных операций по поводу лимфогенных метастазов на шее. Причем у 2 больных 2-й группы шейная лимфодиссекция (2–5-го уровня) выполнена спустя 1–2 мес после первой операции в связи с тем, что при плановой гистологии в биопсированных ЛУ шеи (3-го уровня) обнаружены микрометастазы папиллярного РЩЖ. В послеоперационном периоде у больных 2-й группы чаще наблюдалась транзиторная гипокальциемия, чем в 1-й группе (у 6 против 2 больных). У 6 (13,3%) из 45 больных 2-й группы после лечебной центральной лимфаденэктомии при последующем наблюдении обнаружены метастазы в другие группы ЛУ шеи. Эти больные перенесли повторные операции.

Сроки обнаружения метастазов в ЛУ шеи были от 1 мес до 3,5 лет. Возраст больных на момент первой операции составил от 24 до 50 лет. Распределение больных с регионарными метастазами по классификации TNM (2002 г.) было следующим: по одному больному — с T2N1aM0, T2mN1aM0, T3mN1aM0 и 3 больных — с T3N1aM0. Центральная двусторонняя лимфодиссекция была выполнена всем этим больным. Количество пораженных ЛУ колебалось от 1 до 4. У всех больных был папиллярный РЩЖ. Объем повторной операции заключался в боковой шейной лимфаденэктомии с удалением тиреоидного остатка. Необходимо отметить, что у двух больных с ипсилатеральными метастазами при первой операции в дальнейшем были диагностированы метастазы в контралатеральные шейные ЛУ. Первичные операции были выполнены в начальный период (2,5 года) освоения методики центральной лимфодиссекции. В последующие 3,5 года повторных операций не было.

Необходимо отметить, что у большинства больных РЩЖ дооперационное обследование регионарных ЛУ (УЗИ шеи и ЩЖ) не давало дополнительной информации к клиническому обследованию, и все тактические вопросы решались в ходе выполнения самой операции. Все сказанное не относится к опухолям больших размеров (более 4 см) и с явным экстратиреодным распространением. Фиксация опухоли к трахее, к мышцам шеи, гортани, внутренней яремной вене, возвратному нерву (T4a) позволяла распознавать РЩЖ до операции. В этих случаях выполнялось широкое обнажение центральной области шеи, нервно-сосудистых пучков, гортани, трахеи. Мы согласны с многими отечественными и иностранными авторами, что центральная лимфодиссекция должна выполняться всем больным РЩЖ независимо от распространенности первичной опухоли, так как в дальнейшем она обезопасит больных от появления рецидива в этой области. Повторное же вмешательство связано с высоким риском ранения возвратных гортанных нервов, околощитовидных желез, сосудов средостения и трахеи. По-прежнему остаются нерешенными тактические вопросы о необходимости продолжения операции на ЛУ шеи 2–5-го уровня при обнаружении метастазов в 6-м уровне.

**Выводы.** 1. Выполнение центральной лимфодиссекции при первичной операции по поводу РЩЖ является обязательным этапом лечения этих больных независимо от распространенности злокачественного процесса.

2. Частота послеоперационного транзиторного гипопаратиреоза несколько увеличивается

(13,3%) после вмешательства на ЩЖ и лечебных центральных лимфодиссекциях.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Европейский консенсус по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы из фолликулярного эпителия // *European J. of Endocrinology*.—2006.—Vol. 154, № 6.—P. 787–803.
2. Липская Е.В., Романчишен А.Ф., Колосюк В.А. Хирургическая тактика диагностики и лечения больных с дифференцированным раком щитовидной железы // *Вестн. хир.*—2004.—№ 1.—С. 11–15.
3. Мардалейшвили К.М., Баканидзе Л.Г. О профилактической паратрахеальной диссекции при местнораспространенном раке щитовидной железы // *Тезисы II съезда онкологов стран СНГ (23–26 мая)*.—Киев, 2000.—№ 479.
4. Романчишен А.Ф., Карпатский И.В., Романчишен Ф.А. Клинико-морфологическое обоснование изменений техники тиреоидэктомии и лимфаденэктомии при раке щитовидной железы (РЩЖ) // *Сибирск. онкол. журн.*—2006.— Приложение № 1.—С. 106–107.
5. TNM: Классификация злокачественных опухолей.—6-е издание.—СПб.: Эскулап, 2003.—124 с.
6. Шевченко С.П., Белобородов В.А., Сидоров С.В., и др. Диссекция центральной клетчатки шеи при высокодифференцированном раке щитовидной железы // *Материалы 1-го Украинск.-Российск. симпозиума по эндокринной хирургии с международным участием «Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии» (13–14 октября, 2006 г.)*.—Киев, 2006.—С. 18–19.
7. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules // *AACE/AME Tasc Forge on Thyroid Nodules — Endocr. Pract.*—2006.—Vol. 12.—P. 63–102.
8. Gemenjager E., Perren A., Seifert B. et al. Lymph node surgery in papillary thyroid carcinoma // *J. Am. Coll. Surg.*—2003.—Vol. 197, № 2.—P. 182–190.
9. Gimm O., Rath F., Dralle H. Pattern of lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma // *Br. J. Surg.*—1998.—Vol. 85, № 4.—P. 252–256.
10. Guidelines Index Thyroid Carcinoma TOC Staging, MS, References, National Comprehensive Cancer Network. Version 2.2006. 07.28.2006. Practice Guidelines in Oncology // *J. National Comprehensive Cancer Network*.—2007.—Vol. 5, № 6.—P. 1–75.
11. Kendall-Taylor P. Guidelines for the management of thyroid cancer // *Clin. endocr.*—2003.—Vol. 58, № 3.—P. 400–402.
12. Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. The American Thyroid Association Guidelines Taskforce // *Thyroid*.—2006.—Vol. 16, № 2.—P. 1–33.
13. Mirallie E., Vesset J., Sagan C. et al. Localization of cervical node metastasis of papillary thyroid carcinoma // *World J. Surg.*—1999.—Vol. 23, № 9.—P. 970–974.
14. Schlumberger M.J. Papillary and follicular thyroid carcinoma // *New Engl. J. Medicine*.—1998.—Vol. 338, № 5.—P. 297–306.
15. Scollo C., Baudin E., Travagli J-P, et al. Rationale for central and bilateres lymph node dissection in sporadic and hereditary medullary thyroid cancer // *J. Clin. Endocrinol. Metab.*—2003.—Vol. 88, № 5.—P. 2020–2075.

Поступила в редакцию 24.05.2009 г.

V.A.Chernyshev, R.G.Khamidullin, S.V.Zinchenko,  
A.N.Rudyk

#### CENTRAL LYMPHODISSECTION IN CARCINOMA OF THE THYROID GLAND

Experience with central lymphodissection (CLD) was analyzed in 93 patients with primary thyroid cancer (pT1–4aN0–1a). Prophylactic central lymphodissection was fulfilled in 48 patients, therapeutic CLD in 45 patients. The size and spread of the primary thyroid tumor had no difference in both groups of patients. In patients of the 2nd group thyroidectomy was fulfilled more often (71.1%) than in the 1st group (58.3%). The frequency of postoperative transitory hypoparathyroidism after surgery on the thyroid gland and therapeutic CLD made up 13.3%. There were no recurrent metastases of cancer after CLD fulfilled during the last 3.5 years. All cancer metastases in the postoperative period were detected in lymph nodes of the neck (2–5 levels) and their prevalence was 8.9%.