

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФОРМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Л.Любаев, В.Ж.Бржезовский, Волкова Г.Ю.

Использование разработанной дифференцированной лечебной тактики с применением адекватного хирургического вмешательства, рациональным назначением лучевого, лекарственного воздействия позволило получить хорошие отдаленные результаты у больных раком щитовидной железы

Рак щитовидной железы в последние годы стал частой патологией. Больным, страдающим этим заболеванием, оказывают помощь различные лечебные учреждения.

В РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН оперированы в период до 1995 года более 1100 больных различными формами рака щитовидной железы, из них более 300 – после неадекватных операций, выполненных в 91% в общехирургических и в 9% - в онкологических отделениях, 60 больных с рецидивами рака.

Первичные опухоли были у 756 больных с папиллярным и фолликулярным раком. Прослежены 463 из них (табл. 1), 214 - более 20 лет.

Таблица 1

Степень распространенности опухолевого процесса

TNM	T ₁₋₂ N ₀ M ₀	T ₃ N ₀ M ₀	T ₄ N ₀ M ₀	T ₁₋₂ N ₁ M ₀	T ₃ N ₁ M ₀	T ₄ N ₁ M ₀	T ₁₋₄ N ₀₋₁ M ₁	Всего
№ б-х	130	41	11	195	39	24	23	463
%	28,1	8,9	2,3	42,1	8,4	5,2	5	100

Анализ отдаленных результатов в зависимости от объема операции на первичном опухолевом очаге и характера роста опухоли показал следующее.

Органосохранные операции (гемитиреоидэктомия и субтотальная резекция щитовидной железы) выполнены 323 больным (табл. 2).

Таблица 2

Выживаемость больных в зависимости от характера роста опухоли после органосохранных операций

Хар-р роста опухоли ЩЖ	Выживаемость			10 лет			20 лет			Рецидив
	№ б-х	живы	%	№ б-х	живы	%	№ б-х	живы	%	
Экстратиреоидный рост	44	34	77,3	18	10	55,6	5	11,4%		
Интратиреоидный рост	279	259	92,8	124	106	85,5	6	2,2%		
Мультифокальный рост	58	51	87,9	27	23	85,2	-			
Солитарный рост	265	242	91,3	115	93	81	-			

Тиреоидэктомия выполнена 140 больным (табл. 3).

В результате анализа разработаны показания для различных объемов операций при папиллярном и фолликулярном раках щитовидной железы.

При наличии экстратиреоидного роста целесообразно выполнение тиреоидэктомии. Тщательная ревизия во время операции позволяет выявить выход опухоли за пределы капсулы и резецировать пораженный участок мышц или прилежащих фасций.

При интратиреоидном росте возможны органосохранные операции в объеме гемитиреоидэктомии с перешейком, либо субтотальная резекция щитовидной железы.

Таблица 3

Выживаемость больных в зависимости от характера роста опухоли после тиреоидэктомии

Хар-р роста опухоли ЩЖ	10 лет			20 лет			Рецидив
	№ б-х	живы	%	№ б-х	живы	%	
Экстратиреоидный рост	49	30	61,2	17	10	58,8	3 (6,1%)
Интраиреоидный рост	91	78	85,7	55	44	80	1 (0,7%)
Мультифокальный рост	60	47	78,3	29	20	69	-
Солидарный рост	80	61	76,3	43	32	74,4	-

Таблица 4

Выживаемость больных в зависимости от наличия или отсутствия регионарных метастазов

TNM	Выживаемость					
	10 лет			20 лет		
	№ б-х	живы	%	№ б-х	живы	%
T _{1,2} N ₀ M ₀	130	124	95,4	50	44	88
T _{1,2} N ₁ M ₀	195	178	91,3	104	92	88,5
T _{3,4} N ₀ M ₀	52	41	78,8	21	15	71,4
T _{3,4} N ₁ M ₀	63	45	71,4	28	14	50

Показанием к тиреоидэктомии является также наличие множественных узлов в обеих долях щитовидной железы, даже если это является проявлением многоузлового зоба.

Из табл. 4 видно, что наличие регионарных метастазов не отразилось на 10-летних результатах, но отрицательно сказалось на 20-летних при первичных опухолях, соответствующих T_{3,4} (71,4% при N₀ и 50% при N₁).

Особое внимание необходимо уделять центральной зоне – это пре- и паратрахеальные, предгортанные лимфатические узлы (6 уровень поражения). В течение 25-30 лет при операциях на щитовидной железе мы удаляем клетчатку этих зон даже при отсутствии явных метастатических узлов. Поражение метастазами лимфатических узлов этих групп составляет 30%.

Анализ результатов повторных операций после выполненных в других учреждениях показал, что опухоль обнаружена в 68% случаев, причем у 39% в виде метастазов в пре- и паратрахеальных зонах.

Регионарные метастазы установлены у 60% больных (наши наблюдения).

Клиническая диагностика регионарных метастазов рака щитовидной железы в настоящее время не представляет затруднений. УЗИ позволяет выявить узлы менее 1 см. Последующая тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) уточняет диагноз в 93% случаев.

При наличии регионарных метастазов операция на первичном очаге дополняется селективной шейной диссекцией (щитовидный вариант фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи). Подобная операция выполнена 79% больных. У 29% произведена радикальная шейная диссекция (операция Крайла).

Профилактические операции на шее не производились.

Клинически метастазы в последующем реализовались у 10 из 153 пациентов, которым операции на шее не производились.

11 больным выполнены операции только на основании заключения УЗИ о наличии подозрительных узлов в

труднодоступных зонах (шейно-надключичных) – 4 и 5 уровни поражения. У 6 из них метастазы подтвердились.

Отдаленные метастазы в наших наблюдениях имели 6% пациентов: в легкие – у 4%, в кости – у 2% больных.

При дифференцированном раке щитовидной железы с отдаленными метастазами в легкие мы являемся сторонниками активной лечебной тактики, которая заключается в тиреоидэктомии с последующим лечением радиоактивным йодом. Последняя процедура производится также при наличии множественных регионарных метастазов.

Существует проблема с оценкой состояния лимфатических узлов средостения. При поражении пре- и паратрахеальных групп в объем операции на щитовидной железе входит удаление узлов из верхнего средостения. Увеличенные узлы более глубоких отделов средостения не всегда являются метастатическими. Для оценки их состояния, а также для удаления небольших узлов возможно применение медиастинальной лимфодиссекции через яремную вырезку под контролем эндохирургической аппаратуры. Подобных операций выполнено 6, в 4 случаях выявлены метастазы.

Более серьезна проблема удаления множественных и больших размеров метастазов в средостении. В РОНЦ РАМН выполнены более 20 операций при раке щитовидной железы с метастазами в лимфатические узлы средостения. В объем удаляемых тканей вошли щитовидная железа с клетчаткой средостения после частичной стернотомии. 3 больных умерли в послеоперационном периоде от арозивных кровотечений из плече-головного ствола в связи с образованием пролежней от трахеотомической трубки, 1 – от гнойного медиастинита. Еще одна больная умерла от асфиксии в связи с размягчением трахеи через 2 месяца после операции.

Представляют интерес больные, у которых имеется вращение опухоли щитовидной железы в трахею. При небольшом участке поражения (23 больных) производилась «окончатая» резекция трахеи с закрытием дефекта одной из передних мышц шеи. 7 больным выполнены

циркулярные резекции трахеи от 5 до 9 колец, 6 – с формированием межтрахеального анастомоза, одной пациентке - с формированием ларинготрахеостомы в связи с вовлечением в процесс перстневидного хряща. Всем больным с целью создания благоприятных условий для заживления ран произведены плановые трахеостомии с последующей деканюляцией. Больные живы в сроки от 1 года до 13 лет.

Лечение радиоактивным йодом

Установлено, что со снижением дифференцировки клеток снижается способность опухоли к поглощению I^{131} . Лишь 5-15% больных накапливают его в количествах, достаточных для получения положительного результата лечения. При метастазах в лимфатических узлах I^{131} малоэффективен, при метастазах в легких - может оказать значительное терапевтическое воздействие, при метастазах в кости целесообразно наружное облучение.

В последние годы появилась тенденция к использованию радиоактивного йода у всех больных с папиллярными и фолликулярными формами рака щитовидной железы. Однако веских аргументов в пользу указанной процедуры авторы не приводят. Мы являемся сторонниками дифференцированного подхода к данному методу лечения и считаем показанным применение радиоактивного йода при наличии отдаленных метастазов, множественных регионарных или невозможности радикального хирургического лечения.

Возникновение новых метастазов в зоне операций возможно в 12,7% случаев.

Как известно, рак щитовидной железы часто поражает молодых людей, находящихся в расцвете социальной и творческой активности. 77% пациентов (по данным врачебно-трудовой экспертизы) вернулись к профессиональному труду через 1-4 месяца после операции.

Реабилитация больных раком щитовидной железы связана с восстановлением гормонального статуса организма. В 88% случаев удается провести адекватное заместительное лечение. Часть пациентов подлежит логопедическому лечению и коррекции кальциевого обмена.

По данным литературы, у мужчин рак щитовидной железы протекает более агрессивно и требует ограниченного числа органосохраняющих операций. Под нашим наблюдением с 1962 по 1995 гг. находились 195 мужчин с впервые установленным диагнозом рака щитовидной железы. У 174 (89%) был папиллярный и у 21 (11%) – фолликулярный рак. Отдаленные метастазы выявлены у 11 (5,6%) пациентов, регионарные – у 80%.

Приведенные данные показывают, что использование разработанной дифференцированной лечебной тактики с применением адекватного хирургического вмешательства, рациональным назначением лучевого, лекарственного воздействия позволило получить хорошие отдаленные результаты у больных раком щитовидной железы.

Поступила в редакцию 05.03.2007 г.