

РЕЦИДИВЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С. Барчук

Лечение больных с рецидивами и регионарными метастазами представляет собой сложную задачу. Операция по-прежнему играет важную роль при лечении данной патологии

Рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее частой злокачественной опухолью эндокринных желез и составляет 1-3% в общей структуре онкологической заболеваемости [1]. Несмотря на относительно скромное место в структуре злокачественных опухолей, проблема РЩЖ последние десятилетия серьезно волнует ученых и врачей из различных областей медицины. Это во многом связано с крайне быстрым ростом заболеваемости среди лиц молодого и среднего возраста, что связывают с увеличением радиационного воздействия.

Несмотря на более чем столетнюю историю разработки лечебной тактики при РЩЖ, единого лечебного алгоритма до настоящего времени не существует. Даже в таком крупном медицинском центре, как С-Петербург, диапазон выполняемых операций чрезвычайно широк - от энуклеации опухоли до экстирпации щитовидной железы и 2-сторонней профилактической шейной лимфодиссекции. На сегодняшний день большинство клиницистов согласны лишь в одном - основным способом лечения первичной опухоли и регионарных метастазов является хирургическое вмешательство, позволяющее нередко добиться полного излечения. При этом следует отметить, если для большинства злокачественных опухолей в первую очередь учитывается выживаемость больных, то применительно к дифференцированным РЩЖ важное значение приобретает не только продолжительность жизни, но и частота рецидивов и метастазов опухоли.

Так, из 784 больных дифференцированным РЩЖ, оперированных в НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, в 32,5% операция была вызвана рецидивом заболевания. При этом в 68,3% рецидивы возникали в зоне операции, в 20,7% - вне зоны операции.

У большинства больных (84,3%) рецидивная опухоль имела папиллярное строение, и у 15,7% пациентов были фолликулярные карциномы. В целом в группе больных папиллярным и фолликулярным раком доля поступивших по поводу рецидива опухоли была примерно равной (соответственно 31 и 32,5%).

Почти половина больных (46,7%) были госпитализированы в течение первого года после операции. Рецидивы могут возникать и в более поздние сроки - через 10 и более лет в связи с чем необходимо длительное, пожизненное наблюдение за пациентами [12].

Лечение больных с рецидивами и регионарными метастазами представляет собой сложную задачу. Операция по-прежнему играет важную роль при лечении данной патологии.

Выбор лечебной тактики у больных с местными рецидивами РЩЖ должен быть дифференцированным с учетом целого ряда факторов. При оценке показаний к повторному вмешательству необходимо учитывать характерные для РЩЖ прогностические факторы: пол, возраст, объем предшествующей операции, гистологическое строение опухоли, а также данные объективного обследования. Но главным фактором является оценка адекватности объема резекции пораженного органа при первой операции. Нередко причиной рецидива является выполнение частичной резекции или энуклеация опухолевого узла. Следовательно, профилактикой рецидивов может быть адекватное по объему и аккуратное по исполнению первое оперативное вмешательство.

При этом во время операции необходимо придерживаться следующих положений:

- обязательно осуществлять тщательную и широкую ревизию щитовидной железы и зон регионарного метастазирования (паратрахеальные области, загрудинное пространство, области сосудисто-нервных пучков);

- выделение щитовидной железы должно быть экстрафасциальное, т.е. с перевязкой верхней и нижней щитовидных артерий и визуальным контролем возвратных нервов. Во избежание травмы возвратного нерва не следует накладывать зажимы на сосуды железы;

- производить тщательную оценку операционных узлов (количество, локализация и консистенция узлов, состояние капсулы и т.д.);

- во избежание имплантационных метастазов не следует прошивать или травмировать макроскопически измененную ткань железы;

- в сомнительных в отношении озлокачествления случаях применять заключительный метод интраоперационной диагностики - выполнить срочную биопсию.

В последние годы хирургия РЩЖ достигла высокого уровня совершенства. Тем не менее, по сей день многие ее принципиальные аспекты подлежат дальнейшему научному изучению. Основными дискуссионными вопросами при дифференцированных формах РЩЖ остаются выбор адекватного объема операции на щитовидной железе, а также показания и объем хирургического вмешательства на зонах регионарного лимфооттока.

При определении объема операции на щитовидной железе существует 2 основных мнения: первое заключается в том, что независимо от размеров опухоли и других прогностических факторов (морфологическая структура, возраст) при раке необходима экстирпация щитовидной железы во всех случаях [7, 14]. Сформулированная позиция полного удаления щитовидной железы по «принципиальным соображениям» подкрепляется следующими моментами:

- многофокусность (до 37-80%) роста РЩЖ;
- уменьшение вероятности местных рецидивов и метастазов;

- снижение вероятности повторных вмешательств, отличающихся высоким риском осложнений;

- предотвращение развития рака в тиреоидном остатке;

- исключение возможности развития анапластического рака на фоне дифференцированной опухоли;

- сцинтиграфия всего тела с йодом-131 имеет большую диагностическую ценность по сравнению с вмешательствами, при которых остается тиреоидная ткань;

- определение уровня тиреоглобулина обладает большей специфичностью в отношении диагностики рецидива и метастазов;

- лечение рецидива и метастазов (особенно отдаленных) более эффективно при отсутствии остаточной ткани щитовидной железы.

Сторонники органосохраняющего метода хирургического лечения дифференцированных форм РЩЖ исходят из той точки зрения, что при отсутствии выхода опухоли за пределы доли можно ограничиться гемитиреоидэктомией с перешейком [1, 3, 4, 6].

Такую позицию авторы обосновывают следующими обстоятельствами:

- сомнение в высокой частоте мультицентрического роста;

- наличие мультицентрических микроскопических очагов роста рака еще не означает их реализации в истинную опухоль;

- опасность развития анапластического рака на фоне высокодифференцированной опухоли преувеличена и не находит подтверждения в клинической практике;

- травматичность повторных операций не превышает таковую при экстирпации щитовидной железы;

- заместительная терапия после экстирпации щитовидной железы никогда не приводит к нормализации гормонального баланса;

- показатели 10-летней выживаемости больных дифференцированными формами РЩЖ практически одинаковы при органосберегательном и «агрессивном» подходе.

Дискуссия по основным спорным вопросам хирургического лечения РЩЖ продолжается. Публикаций на эту тему много, но настоящих серьезных международных исследований не проведено. Анализ причин возникновения регионарных метастазов свидетельствует об отсутствии единого мнения и в отношении к оперативным вмешательствам на регионарных лимфатических коллекторах. При этом расходятся во мнениях как об объеме шейной лимфодиссекции, так и о целесообразности профилактического удаления регионарных лимфатических узлов.

Сторонники подобной операции исходят из того, что клинически неопределяемые микрометастазы в лимфатических узлах могут стать источником диссеминации опухолевого процесса. В доказательство правильности подобной тактики лечения РЩЖ ссылаются на данные S. Noguchi и соавт. [15], обнаружившего в 81,8% наблюдений микрометастазы в непальпируемых регионарных лимфатических узлах.

С другой стороны, большинство клиницистов [1, 3] утверждают, что профилактическое удаление регионарных лимфоколлекторов у больных дифференцированными формами РЩЖ вообще не влияет на исход заболевания. Кстати, при анализе клинического материала те же S. Noguchi и соавт. показали, что у больных, которым не производилось профилактическое удаление лимфатических узлов, регионарный рецидив возник лишь в 9,3% наблюдений. Результаты этих исследований авторы объясняют спонтанным регрессом микрометастазов после удаления первичной опухоли. И хотя до настоящего времени вопрос о преимуществах профилактической лимфаденэктомии перед лечебной остается открытым, наш собственный клинический опыт укрепляет нас во мнении о нецелесообразности удаления непальпируемых лимфатических узлов. По нашему глубокому убеждению, представляются оправданными попытки поиска более надежного способа обнаружения микрометастазов для того, чтобы все лимфаденэктомии были лечебными. В публикациях последних лет появились сообщения о профи-

лактическом удалении «сторожевых лимфатических узлов» (sentinel lymph node - SLN). Для визуализации «сторожевых» лимфатических узлов применяется УЗИ-исследование, скintiграфия с использованием «радиошупа» и непосредственно в момент вмешательства - специальные красители.

Интересная методика была предложена А.Ф.Романчишиным у больных РЩЖ [6]. С этой целью в пораженную долю вводили 0,1-0,8 мл 1% изосульфановой синьки или спиртовые растворы метиленовой синьки, бриллиантовой зелени, которые в течение 3-5 минут окрашивали лимфатические узлы. Небольшое число наблюдений не позволило автору сделать окончательный вывод об эффективности данной диагностической процедуры при РЩЖ. Заслуживает внимания хирургическая тактика клиники А.Ф. Романчишина [4] в отношении клинически неизмененных лимфатических узлов при дифференцированных РЩЖ: во всех случаях производят биопсию клетчатки с лимфатическими узлами из области сосудисто-нервного пучка как зоны наиболее частого метастазирования при обнаружении микрометастазов. Через 2-3 мес. производится шейная лимфаденэктомия у пациентов с морфологически установленными микрометастазами [5].

На сегодняшний день существует множество классификаций вмешательства на лимфатических коллекторах шеи. Применительно к раку щитовидной железы наибольшее распространение получили две ее модификации.

1) так называемый «щитовидный» вариант операции Крайля, разработанный Р.И.Вагнером в 1962 г. [1]

2) фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи с лимфатическими узлами, разработанное в РОНЦ РАМН [3].

Принципиальным преимуществом первой модификации лимфаденэктомии является то, что в единый блок удаляемых тканей включаются все группы яремных лимфатических узлов и лимфатических узлов заднего средостения, которые нередко поражаются при РЩЖ. Обеспечивая несомненный радикализм вмешательства, данная методика имеет существенные недостатки в плане косметических изъянов (деформация шеи, атрофия трапециевидной мышцы) и опасности расстройств кровообращения у лиц пожилого возраста и т.д.

Признавая меньшую травматичность фасциально-футлярного иссечения шейной клетчатки, необходимо признать, что эта операция уступает «щитовидному» варианту операции Крайля в радикальности, так как сохранение внутренней яремной вены, кивательной мышцы создает опасность лимфогенного и гематогенного распространения опухоли. Тенденция к уменьшению объема удаляемых тканей при лимфаденэктомии может быть оправдана лишь с учетом анализа прогностических факторов, из которых главные - распространенность процесса, прорастание опухоли капсулы лимфатических узлов, врастание первичной опухоли и метастазов в соседние структуры, гистологическая структура опухоли, возраст [2, 21, 22].

За последние 10-15 лет в нашей клинике была пересмотрена позиция в сторону фасциально-футлярного удаления клетчатки, включая лимфатические узлы бокового треугольника и загрудинные лимфатические узлы. «Щитовидный» вариант операции Крайля выполняется лишь при наличии конгломерата метастатических узлов, при прорастании капсулы лимфатических узлов или врастании их в соседние структуры, при регионарных рецидивах.

При этом следует иметь в виду, что нередко хирург, оперирующий больного с РЩЖ, испытывает искушение ограничиться меньшим по объему вмешательством. Происходит борьба за справедливость между тиреоидэктомией и желанием максимально улучшить медицинскую и социальную реабилитацию.

Сторонниками органосохраняющих операций при дифференцированном РЩЖ являются большинство отечественных хирургов. Возможно, это связано с тем обстоятельством, что в России существует только один центр по лечению больных радиоактивным йодом (Обнинск), а как известно, радиойодтерапия после экстирпации щитовидной железы реально снижает риск развития рецидива заболевания.

Аргументы сторонников щадящих операций и сторонников агрессивных методов за последние 15-20 лет не изменяли суть противоречий относительно объема операции при РЩЖ. Ряд хирургов с накоплением клинического опыта пересмотрели свою позицию по этому вопросу в сторону расширения показаний к экстирпации щитовидной железы.

Желание ограничить показания к экстирпации щитовидной железы диктуется страхом перед возможными осложнениями (парез возвратных нервов, недостаточность околощитовидных желез). С онкологической точки зрения экстирпация щитовидной железы с последующей системной радиойодтерапией считается большинством хирургов методом выбора для лечения рецидивов РЩЖ. При соответствующем опыте и высокой оперативной технике тотальная тиреоидэктомия может быть проведена с минимальным риском послеоперационных осложнений. Высокая техника операции, использование метода окрашивания околощитовидных желез во время операции, а также аутотрансплантация околощитовидных желез позволяют резко снизить опасность паратиреоидной недостаточности. К тому же, появление совершенных гормональных препаратов позволяет существенно улучшить качество заместительной терапии в послеоперационном периоде.

Во многих работах зарубежных исследователей [12,14] был продемонстрирован меньший процент рецидивов дифференцированного РЩЖ после выполнения тотальной тиреоидэктомии и сообщается о повышении выживаемости в этой группе больных по сравнению с группой, где была выполнена меньшая по объему операция. Кроме того, дифференцированный РЩЖ сохраняет способность захватывать и утилизировать йод, что позволяет использовать I для диагностики и в лечебных целях.

Кроме того, клетки дифференцированного РЩЖ синтезируют ТТ, концентрация которого в крови после экстирпации щитовидной железы является достаточно чувствительным маркером рецидивов и метастазов [16].

Проведенный в клинике Мауо ретроспективный анализ факторов, предрасполагающих к рецидиву опухоли у 585 больных с папиллярной микрокарциномой щитовидной железы, показал, что наличие метастазов в регионарных лимфоузлах и проведение органосохраняющих операций на щитовидной железе заведомо повышают риск развития рецидива заболевания [22].

По данным клиники Густава Русси (Франция), при папиллярном раке щитовидной железы отмечается частая мультицентричность, а поэтому полная тиреоидэктомия уменьшает риск рецидива опухоли в 4 раза по сравнению с удалением половины органа [2].

В то же время, реально существует немало обстоятельств, когда РЩЖ не диагностируется до операции. Хирург заведомо уверен в диагнозе зоб или аденомы и выполняет сберегательную операцию. Срочное гистологическое исследование производится далеко не всегда, и только через 1-2 недели выясняется, что у больного злокачественный процесс.

В таких ситуациях предстоит определение лечебной тактики по отношению к больным, оперированным нерадикально, при отсутствии видимых признаков заболевания.

И первым возникает вопрос, оперировать ли больного повторно, каков оптимальный срок для повторной операции, в каком объеме должно быть выполнено вмешательство. В такой ситуации одинаково трудно решиться на повторную операцию и отказаться от нее.

У таких больных предложение повторной операции, да еще через короткий срок после первого вмешательства, вызывает тяжелую психологическую травму. Данные литературы по этому вопросу противоречивы.

По данным МНИОИ им. П.А.Герцена [1,3], при отсутствии клинических признаков рецидива РЩЖ вообще не следует спешить с повторной операцией и рекомендуется в таких случаях наблюдение. При этом учитывают тот факт, что при повторной операции рак в оставшейся ткани щитовидной железы был выявлен лишь у 61,6% больных. Повторные операции должны иметь четкие показания - признаки рецидива, цитологически подтвержденного.

Обследование больных с подозрением на рецидив РЩЖ должно по возможности начинаться с определения объема первой операции. Для решения этого вопроса используется УЗИ, радионуклидное сканирование щитовидной железы. Если нет возможности пересмотреть микропрепараты удаленной опухоли, то необходима пункционная биопсия рецидивного узла.

Для оценки степени распространения рецидивной опухоли необходимы компьютерная томография шейного отдела трахеи, ларингоскопия для оценки голосовых складок вследствие пареза возвратного нерва.

Ограничение подвижности или неподвижности голосовой складки необходимо учитывать анестезиологу при интубации и хирургу, который должен щадить оставшийся возвратный нерв во избежание острых расстройств дыхания после операции. При наличии признаков вовлечения в процесс трахеи и пищевода показаны трахео- и эзофагоскопия.

Перечисленные исследования позволяют убедиться в выполнимости оперативного вмешательства, возможность которого в значительной степени зависит от характера вовлечения в опухолевый процесс трахеи, пищевода и крупных сосудов.

Странники агрессивного подхода, в первую очередь, американцы [22] считают, что минимальным вмешательством при рецидиве РЩЖ может быть немедленная экстирпация щитовидной железы с последующей радиоiod-терапией.

С одной стороны, повторные операции по поводу РЩЖ, как уже отмечалось, всегда очень тяжело воспринимаются больными, а с другой, - они опасны развитием тяжелых послеоперационных осложнений. Поэтому оперирующему хирургу следует помнить некоторые особенности повторной операции.

В первую очередь следует помнить о хорошем широком доступе, предполагающем разрез кожи до латеральных краев кивательных мышц с обязательным иссечением старого послеоперационного рубца. Это позволяет провести ревизию остатков щитовидной железы и зон регионарного лимфатического оттока, включая околотрахеальную клетчатку и область переднего средостения. Нередко рубцовая ткань может напоминать опухолевую и тем самым затруднять ориентировку. В таких случаях оправдан подход к щитовидной железе или ее ложу через неизменные мышцы, которые необходимо пересечь выше и ниже рубцовой ткани, а фиксированные мышцы удалить вместе с рецидивной опухолью.

Следует иметь в виду, что при рецидивах дифференцированного РЩЖ опухоль может прорасти стенку гортани, трахеи, пищевода. В таких случаях целесообразно начать мобилизацию остатков щитовидной железы со стороны здоровых тканей, выделить неизменную часть щитовидной железы, мобилизовать ее или пересечь, подойти к передней поверхности пораженных органов и только затем отделить опухоль. При подозрении на связь опухоли с пищеводом необходимо тотчас после интубации ввести в пищевод толстый зонд. При этом, если опухоль подрастает к стенке пищевода, чаще всего удается ограничиться резекцией мышечного слоя, не повреждая слизистую оболочку.

При повторных операциях по поводу рецидивов РЩЖ резко возрастает опасность повреждения возвратных нервов и паращитовидных желез. Они могут быть припаяны к опухолевому узлу и плохо дифференцируются среди рубцов. Если опухоль не прорастает возвратный нерв, его можно выделить дистальнее нижнего полюса опухолевого узла, взять резино-

вую держалку и постепенно освободить на всем протяжении от опухоли.

Когда источником рецидива является верхний полюс щитовидной железы, опухолевый узел может врастать в хрящи гортани. При выделении рецидивного узла возникает опасность повреждения верхнего гортанного нерва, что приводит к парезу надгортанника. Нарушается акт глотания, возникает опасность пневмоний. Для предотвращения указанного осложнения необходимо пересекать мышцы гортани ближе к опухолевому узлу небольшими порциями, без наложения кровоостанавливающих зажимов.

Нередко при операциях по поводу рецидива РЩЖ приходится прибегать к наложению трахеостомы (дефект в стенке трахеи или гортани, двусторонний парез возвратных нервов). Для предупреждения нагноения раны трахеостомическую трубку желательнее вводить через дополнительный разрез в кожном лоскуте выше операционного. Если разрез соответствует размеру трахеостомической канюли и находится точно напротив отверстия в трахее, облегчается уход за трахеостомой и удается избежать инфицирования раны.

Серьезные трудности встречаются при повторных операциях по поводу регионарных рецидивов. Они связаны в первую очередь с рубцовыми сращениями метастатических узлов с крупными сосудами. Чаще всего отмечается интимная связь рецидивной опухоли со стенкой внутренней яремной вены. Выделение ствола общей сонной артерии, как правило, не представляет больших трудностей. При повторных операциях принципиально важно начать выделение элементов сосудисто-нервного пучка в неизмененных тканях. При этом прежде всего следует убедиться в том, что общая сонная артерия может быть отделена от опухоли. При планировании операций по поводу больших рецидивов РЩЖ надо обязательно планировать возможность пластики сосудов.

Еще в большей степени надо предусмотреть пластику трахеи при врастании в нее рецидивного узла. Нередко при расширенных операциях по поводу первичного РЩЖ хирург встречается с подрастанием первичной опухоли к трахее и оставляет на ней опухолевые ткани. Естественно, что именно эти участки и являются источником рецидива, разрушающего стенку трахеи. В последние годы большинство хирургов склоняются к выполнению обширных операций с удалением рецидивной опухоли вместе с удалением окружающих рецидивную опухоль тканей, трахеи, пищевода, гортани ввиду ненадежности лучевого лечения, особенно при папиллярном строении опухоли.

Оправданность подобных операций аргументируется достаточно медленным ростом рецидивной опухоли, которая в течение длительного времени носит «местный» характер и не выходит за пределы шеи. По данным Е.А. Валдиной [1], примерно треть больных папиллярным раком щитовидной железы умирает, не имея отдаленных метастазов.

Наибольший опыт таких калечащих и травматичных операций накоплен американскими и японскими хирургами. Так, T.Jchihara и соавт. еще в 1978, 1982 гг сообщили об успешности лечения 24 больных папиллярным РЩЖ, у которых опухоль проросла трахею. Выполнялась циркулярная резекция трахеи с удалением от 3 до 10 колец трахеи с последующим анастомозом конец в конец. Из этих 24 пациентов 17 человек живы в сроки от 3 до 8 лет, в том числе 13 - без признаков рецидива.

Существует, однако, и другая точка зрения в отношении лечебной тактики при местно-распространенных РЩЖ и рецидивах [8, 24]. Авторы рекомендуют ограниченные резекции с охранением важных анатомических структур и нередко с оставлением пластинок опухолевой ткани, предполагая проведение в дальнейшем лучевой терапии (радиоактивный йод или наружное облучение). G. Wolf et al. [24] считают, что при врастании РЩЖ или рецидива в гортань и трахею сочетание ограниченной операции с дистанционным облучением и брахитерапией и эндоскопической лазеротерапией позволяет достичь полного местного регресса опухоли.

Примером успешного паллиативного лечения рецидивов РЩЖ с помощью современных методов может быть лечебный алгоритм, сочетающий аргоноплазменную коагуляцию и фотодинамическую терапию.

В НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова мы наблюдаем 3 больных с рецидивами РЩЖ, врастающего в трахею и крупные сосуды верхней грудной апертуры. Большая степень распространения исключала возможность оперативного вмешательства. Больные поступили через различные сроки после первого хирургического вмешательства с явлением обтурации трахеи в крайне тяжелом состоянии. Была выполнена аргоноплазменная реканализация и вторым этапом - фотодинамическая терапия с использованием Фотодитазина™ и лазерного аппарата «Аткус». Больные легко перенесли лечение. Отмечался небольшой отек гортани и трахеи, который не требовал медикаментозной терапии и разрешился самостоятельно. У всех этих больных наблюдается медленный рост опухоли, что требует повторения сеансов аргоноплазменной коагуляции и ФДТ каждые 6 месяцев. Тем не менее, эти пациенты живы свыше 4 лет при вполне удовлетворительном качестве жизни.

Многие клиницисты стоят на той точке зрения, что радикальность хирургического вмешательства при рецидивах РЩЖ весьма условна, причем не столько в хирургическом, сколько в биологическом отношении, из-за наличия субклинических метастазов. Поэтому для повышения эффективности лечения местных и регионарных рецидивов дифференцированных форм РЩЖ оправданы комбинированные подходы, предусматривающие сочетание операции с лучевым и, в меньшей степени, гормональным воздействием.

Несмотря на серьезные теоретико-экспериментальные обоснования, расширение диапазона адьювантных лучевых воздействий при лечении рецидивов РЩЖ в виде широкого применения системной лучевой терапии (ра-

диоактивный йод) в нашей стране сдерживается крайне слабой материально-технической базой.

Достаточно высокая эффективность радиоактивного йода при лечении гематогенных метастазов обосновано определила необходимость использования его в адьювантном режиме при лечении рецидивов. Кстати, во многих зарубежных клиниках [17,18] радиоактивный йод назначается в послеоперационном периоде всем больным РЩЖ независимо от стадии. Среди других показаний к адьювантной метаболической лучевой терапии выделяют следующие:

- размер опухоли более 1,5 см в диаметре;
- фолликулярный рак;
- инвазия окружающих тканей;
- возраст до 16 и после 45 лет;
- конгломерат метастатических регионарных лимфатических узлов;
- высокий уровень тиреоглобулина в крови после операции;
- местные и регионарные рецидивы;
- отдаленные метастазы.

Следует отметить, что некоторые специалисты не рекомендуют радиоактивный йод в детском возрасте из-за возможного канцерогенного эффекта [10].

По той же причине существует жесткое ограничение использования радиоизотопов в Японии. В то же время в США в связи с более частым использованием «агрессивного» хирургического подхода при дифференцированных формах РЩЖ послеоперационная метаболическая лучевая терапия назначается примерно 61% больных. При местных и регионарных рецидивах адьювантная системная лучевая терапия является стандартом лечения. Оптимальным сроком начала курса радиойодтерапии считается 1-3 месяца после операции.

Что касается адьювантной дистанционной лучевой терапии, то она уступает по эффективности метаболической радиойодтерапии. Рандомизированное проспективное исследование [22] показало некоторое улучшение послеоперационного облучения лишь в группе больных с рецидивом папиллярного рака в случаях врастания в соседние органы и множественными метастатическими регионарными лимфоузлами.

Лекарственное лечение рецидивов дифференцированных форм не получило распространения ввиду малой чувствительности опухолевой ткани к системным и лекарственным воздействиям.

Особое место при лечении рецидивов РЩЖ занимает гормонотерапия. Она используется в качестве замедления роста нерезентабельных рецидивов и после оперативного лечения с заместительной целью. В литературе дискутируются преимущества различных гормональных препаратов. После экстирпации щитовидной железы все больные нуждаются в пожизненной заместительной гормонотерапии, которую следует начинать уже на 10-12 день после операции.

До сих пор активно обсуждается вопрос о том, что более опасно для пациента: предотвращение прогрессирующего заболевания при условии поддержания субклинического тиреотоксиката или неблагоприятное влияние гормонального тиреотоксикоза на сердце и кости. По имеющимся на сегодняшний день данным контролируемых исследований, назначение высоких доз L-T4 (эутирокс) с целью подавления уровня ТТГ имеет преимущество по сравнению с обычной заместительной терапией, при которой поддерживается эутиреоз, то есть нормальный уровень ТТГ. Таким образом, предпочтительно поддержание полного подавления уровня ТТГ.

Таким образом, рецидивы дифференцированного РЩЖ являются многообразной и сложной для лечения патологией. Собственный клинический опыт убеждает нас в том, что возврат заболевания в большинстве случаев связан не с истинным рецидивом заболевания, а с дефектами первой операции. Ошибки допускаются как в отношении первичной опухоли, так и в отношении регионарных метастазов. Это связано в первую очередь с ненадлежащей ревизией щитовидной железы и зон регионарного метастазирования.

Анализ причин возникновения регионарных рецидивов показывает, что нередко выполняются частичные, явно не радикальные лимфаденэктомии. Обычно удаляются лишь увеличенные, явно метастазированные лимфоузлы с нарушением принципов зональности и футлярности. Так, верхняя граница удаляемого блока не доходит до уровня бифуркации общей сонной артерии, в результате не удаляется группа верхних яремных лимфатических узлов, которые нередко поражаются метастазами. С другой стороны, не удаляются верхние паратрахеальные лимфоузлы, которые достаточно часто являются причиной развития регионарных рецидивов.

Как уже отмечалось, причиной имплантационных метастазов являются технические погрешности при выполнении первой операции, которые приводят к нарушению целостности опухоли, ее «раздавлению» и рассеиванию опухолевого материала в зоне операции. Приводят к этому порой небольшой кожный разрез и глубокая рана.

Анализ литературных данных и наш собственный опыт показывает, что оперативные вмешательства по поводу рецидивов дифференцированного РЩЖ прогностически благоприятны. По данным НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, среди больных, оперированных по поводу дифференцированных форм РЩЖ, 5-летняя выживаемость составила 92%. Несмотря на травматичность, не вызывает сомнений целесообразность выполнения расширенных операций при врастании рецидивов в трахею и гортань. Хорошо спланированные операции при такой степени распространения процесса позволят надеяться на вполне удовлетворительный результат.

Использование современных методов лучевой терапии, физических и химических методик совместно с гормонотерапией дает возможность продлить сроки жизни этой категории тяжелых больных при сохранении хорошего качества жизни.

Литература

1. *Валдина Е.А.* Заболевания щитовидной железы. Петербург, 2006. – 368 с.
2. *Лушников Е.Ф. и соавт.* Микрокарцинома щитовидной железы. – Москва: Медицина. – 2003. – 264 с.
3. *Пачес А.И.* Рак щитовидной железы // Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина. – 2000. – С. 379-407.
4. *Романчишин А.Ф.* Клиническое обоснование показаний к оперативному лечению заболеваний щитовидной железы // Вестник хир. – 1994. – № 12. – С. 3-6.
5. *Романчишин А.Ф.* Применение хромолимфографии для выбора объема операции при раке щитовидной железы // Вопр. онкологии. – 1989. – Т.35. – С. 1037-1040.
6. *Cady B.* Studying in thyroid Carcinoma // Cancer (Phil). – 1998. – Vol. 83. – P.844-847.
7. *Clark O. et al.* Thyroid cancer the case for total thyroidectomy // Europ J. Cancer Clin Oncol. – 1988. – Vol. 24.
8. *Czaia J. Me Caftrey T.* Surgical management of laryngotracheal invasion by well-differentiated papillary thyroid carcinoma // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1997. – Vol. 123. – P. 484-490.
9. *Doi S. et al.* Ablation of thyroid remnant and ¹³¹I dose in differentiated thyroid cancer // J. Clin. Endocrin. – 2000. – Vol.52. – P. 765-773.
10. *De Vathaire et al.* Leukemias and cancers following iodine - ¹³¹I administration for thyroid cancer // Brit. J. Cancer. – 1997. – Vol. 75. – P. 734-739.
11. *Ishigara T. et al.* Resection of the trachea infiltrated by the thyroid carcinoma // Ann. Surg. – 1982. – Vol. 195. – № 4. – P. 496-500.
12. *Kaplan M.M.* Thyroid carcinoma. Endocrinol. a. // Metab. Clin. of North America. – 1990. – Vol.19. – P.469-766.
13. *Kelemen. R. et al.* Sentinel lymphadenectomy in thyroid malignant neoplasms // Arch. Surg. – 1998. – Vol.133. – P. 288-292.
14. *Mazzferri E.L., Jbiang S.M.* Long- term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer // Am. J. Med. 1994. – Vol.97. – P. 418-428.
15. *Noguchi M. et al.* Therapeutic strategies and long-term results in differentiated thyroid cancer // Surg. Oncol. – 1998. – Vol.67. – P. 52-59.
16. *Pacini F. et al.* Therapeutic doses of iodine ¹³¹I reveal undiagnosed metastases in thyroid cancer patients with detectable serum thyroglobulin levels // J. Nucl. Med. – 1987. – Vol.28. – P.1888-1891.
17. *Proye G. et al.* Devenez a long terms des thyroidectomes moins que totales pour cancers papillaires // Lyon. Chir. – 1997. – Vol. 43. – P. 339-344.
18. *Reiners C., Farabati J.* ¹³¹I therapy of thyroid cancer patients // Quart. Nucl. Med. – 1999. – Vol. 43. – P. 324-335.
19. *Robie D. et al.* The impact of initial surgical management on outcome in young patients with differentiated thyroid cancer // S. Peditas. Surg. – 1998. – Vol. 33. – P. 1134-1140.
20. *Sbigematsu N. et al.* Nationwide Survey on the Treatment Policy for Well-differentiated Thyroid cancer // Endocrine J. – 2005. – Vol. 52(4). – P. 479-491.
21. *Schlumberger M.* Thyroid carcinoma. Implication of prognostic factors // Cancer. – 1998. – Vol. 83. – № 3. – P. 403-404.
22. *Stojadinovic A. et al.* Recurrent differentiated Thyroid Carcinoma Biological Implications of Age Method of Detection and Site and Extent of Recurrence // Ann. of Surg. Oncol. – 2002. – Vol. 8. – P. 789-798.
23. *Tsang R. et al.* The effect of surgery, radioiodine and external radiation therapy on clinical outcome of patients with differentiated thyroid carcinoma // I Bid. – 1988. – Vol. 82.
24. *Wolf G. et al.* Intraoperative radiation therapy endotracheal hyperthermia and I R -192 - brachytherapy in patients with advanced thyroid cancer // Acta Med. Austr. – 1996. – Bd. 23. – P. 76-79.
25. *Zlock D.W. et al.* Octreotide therapy in advanced thyroid cancer // Thyroid. – 1994. – Vol. 4. – P. 427-431.

Поступила в редакцию 06.03.2007 г.