

А.О. ГУЗЬ^{1,2}, А.В. ГАРЕВ¹, С.В. ЯЙЦЕВ², А.С. ЗАХАРОВ¹

¹Челябинский Областной клинический онкологический диспансер
²Южно-Уральский государственный медицинский университет

ПОВТОРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЦИДИВАХ И РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗАХ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Статья посвящена повторным хирургическим вмешательствам у пациентов с дифференцированными формами рака щитовидной железы. Проанализированы собственные результаты хирургического лечения пациентов с локальным рецидивом и регионарными метастазами рака щитовидной железы. По результатам собственного опыта сформулированы выводы по тактике ведения пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, рецидивы рака щитовидной железы, повторные хирургические вмешательства

Гузь Александр Олегович - заведующий онкологическим отделением опухолей головы и шеи Челябинского областного онкологического диспансера. E-mail: alexz545@mail.ru

Гарев Артем Владимирович - врач-онколог онкологического отделения опухолей головы и шеи Челябинского областного онкологического диспансера. E-mail: 89518016317@ya.ru

Яйцев Сергей Васильевич - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии ЮУТМУ. E-mail: jaitsev@yandex.ru

Захаров Александр Сергеевич - врач-онколог онкологического отделения опухолей головы и шеи Челябинского областного онкологического диспансера. E-mail: zabarov_2005@mail.ru

S. V. JAITZEV², A. O. GUZ¹, A. V. GAREV¹, A. S. ZAKHAROV¹

¹Chelyabinsk district oncologic dispensary

²South Ural State Medical University

REPEATED SURGICAL INTERVENTIONS IN THE RECURRENCE AND REGIONAL METASTASES OF THYROID CANCER

The article is devoted to repeated surgical interventions in patients with differentiated forms of thyroid cancer. The results of surgical treatment of patients with local recurrence and regional metastasis of thyroid cancer were analyzed. According to the results of own experiments, conclusions on the tactics of management of patients with this pathology were formulated.

Keywords: thyroid cancer, thyroid cancer recurrence, repeated surgical intervention

Alexandr Guz - head of the Oncology Department of head and neck tumors, Chelyabinsk district oncologic dispensary. E-mail: alexz545@mail.ru

Artem Garev - oncologist of the Oncology Department of head and neck tumors, Chelyabinsk district oncologic dispensary. E-mail: 89518016317@ya.ru

Sergey Yaitsev - doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Oncology, South Ural State Medical University. E-mail: jaitsev@yandex.ru

Alexandr Zakharov - oncologist of the Oncology Department of head and neck tumors, Chelyabinsk district oncologic dispensary. E-mail: zabarov_2005@mail.ru

Рак щитовидной железы составляет 0,4-3,0% всех видов злокачественных новообразований эндокринной системы. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 10 лет заболеваемость выросла практически в 2 раза. Доля рака щитовидной железы среди всех новообразований у мужского населения составляет 0,5%, у женского – 1%. В последние два десятилетия частота рака щитовидной железы неуклонно растет. Если в Российской Федерации

в 1990 году заболеваемость рака щитовидной железы у мужчин составляла 0,8, а у женщин 2,9, то в 2010 году она возросла у мужчин до 1,0 и у женщин до 4,0 на 100 000 населения [1, 2]. Рост заболеваемости особенно четко прослеживается в индустриальных странах и касается преимущественно женщин, особенно в возрасте до 40 лет [1, 2]. Учитывая тот факт, что щитовидная железа относится к локализации, доступной к визуальному осмотру, рак щитовидной железы на I-II стадиях

диагностируется в 75% случаев. У остальных больных рак щитовидной железы развивается на фоне доброкачественных заболеваний щитовидной железы, часто в виде микрокарцином. Ошибки диагностики возникают при интерпретации данных тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ), при этом точность диагностики папиллярного рака 89-99%, медуллярной карциномы 86-90%, а фолликулярного рака не превышает 53% [1, 2]. Интраоперационная диагностика рака щитовидной железы зависит от опыта хирурга. Минимальной онкологически адекватной операцией при раке щитовидной железы является удаление доли, несущей опухоль, перешейка и пирамидального отростка. Если тиреоидная карцинома не была диагностирована до и во время операции, может быть выбран неадекватный объем вмешательства. Дальнейшее ведение больных после неадекватных операций является нерешенным вопросом [2, 3]. Таким образом, в настоящее время значительную роль в прогнозе жизни пациентов, страдающих раком щитовидной железы, являются наличие локального рецидива и регионарных метастазов [1, 2, 3, 4, 5]. По данным различных авторов частота метастатического поражения регионарных лимфатических узлов при дифференцированном раке щитовидной железы составляет от 17 до 70%. Вероятность рецидива заболевания значительно возрастает при наличии поражения шейных лимфатических узлов [2, 6, 7]. Наряду с проведением радиойодтерапии с I-131 основным методом лечения данной группы пациентов остается выполнение повторного хирургического вмешательства в области первичного очага и на лимфатическом аппарате шеи и верхнего этажа переднего средостения.

Цель работы: обобщить и проанализировать собственные результаты хирургического лечения пациентов с локальными рецидивом и регионарными метастазами рака щитовидной железы.

Материалы и методы

В период с 2011 года по 2014 год в онкологическом отделении опухолей головы и шеи Челябинского областного клинического онкологического диспансера по поводу локального рецидива или регионарных метастазов рака щитовидной железы получили хирургическое лечение 41 пациент. Средний возраст пациентов составил 53 года, среди них 33 женщины и 8 мужчин. У 38 пациентов выявлен папиллярный рак щитовидной железы, в 1 случае диагностирован фолликулярный

рак, в 2 случаях медуллярный рак. Объем хирургического вмешательства, выполненного на первом этапе лечения опухоли щитовидной железы, по данным ретроспективного анализа, распределился следующим образом: субтотальная резекция щитовидной железы в 2 случаях, гемитиреоидэктомия в 3 случаях, тиреоидэктомия в 19 случаях, тиреоидэктомия в сочетании с селективной шейной лимфаденэктомией (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 уровни АЖУ, 2002 г.) в 18 случаях (из них в сочетании с центральной лимфаденэктомией - 6, 7 уровень - 8 случаев). Для формирования групп риска у пациентов после удаления всей ткани щитовидной железы использовали уровень тиреоглобулина в крови на фоне отмены левотироксина, а также ультразвуковое исследование органов шеи с тонкоигольной аспирационной биопсией. У пациентов с остаточной тканью щитовидной железы группа риска формировалась на основании ультразвукового исследования органов шеи также с тонкоигольной аспирационной биопсией. В группах риска для определения распространенности процесса и выставления показаний для повторной операции использовали МРТ или МСКТ с контрастированием, сцинтиграфию с I-131, ПЭТ-КТ с 18-фтордезоксиглюкозой. По совокупности данных обследований были выставлены показания для повторной операции.

Результаты

Сформированы 3 группы пациентов. Первая группа - пациенты с рецидивом в области щитовидной железы (10 пациентов), объем повторных вмешательств распределился следующим образом: в 5 случаях выполнено удаление остатков ткани щитовидной железы, в 3 случаях удаление рецидива в области трахеопищеводной борозды с резекцией трахеи\гортани, в 1 случае выполнена ларингэктомия и в 1 случае после субтотальной тиреоидэктомии выполнена тиреоидэктомия, селективная шейная лимфаденэктомия 7 уровня (1,2R-1,2L).

Вторую группу составили 28 пациентов с метастазами в регионарные лимфатические узлы. Пациенты данной группы после тиреоидэктомии были направлены на проведение послеоперационного курса радиойодтерапии с I-131, после проведения которой по данным дообследования были выставлены показания для повторного хирургического вмешательства. Объем операций распределился следующим образом: селективная шейная лимфаденэктомия 2-5 уровней на стороне поражения была выполнена в 9 случаях,

а двухсторонняя в 5 случаях. В 11 случаях выполнялась селективная шейная лимфаденэктомия 7 уровня (1,2R-1,2L). Сочетание лимфаденэктомий 2-5 и 7 уровней выполнялось в 3 случаях. Преобладание в данной группе пациентов повторных вмешательств на лимфатическом аппарате 7 уровня говорит о недостаточной ревизии и диагностической недооценке данной группы лимфатических узлов при первичной операции.

Третья группа состоит из 3 пациентов, у которых на фоне высокого уровня тиреоглобулина в условиях отмены левотироксина имелись очаги фиксации радиофармпрепарата по данным сцинтиграфии с I-131 либо по данным ПЭТ-КТ с 18-фтордезоксиглюкозой. Данные очаги визуализировались по данным УЗИ органов шеи, при цитологическом исследовании материала тонкоигольной аспирационной биопсии найдены клетки с признаками атипии. Выставлены показания к повторным хирургическим вмешательствам. В 2 случаях выполнена селективная шейная лимфаденэктомия 7 уровня, в 1 случае - 2-5 уровня с двух сторон с удалением макроскопически увеличенных лимфатических узлов, но при морфологическом исследовании признаков метастазов рака щитовидной железы не выявлено.

Выводы

Учитывая преобладание при повторных операциях поражения лимфатических узлов центральной клетчатки шеи, необходимо при первичных операциях

выполнять ревизию данных уровней, при подозрении на поражение лимфатических узлов выполнять профилактическую лимфаденэктомию. Выполнение повторных хирургических вмешательств повышает риск повреждения возвратного гортанного нерва и развития гипопаратиреоза, поэтому перед данным этапом необходимо комплексное обследование. При наличии показаний пациентам необходимо проводить расширенные хирургические вмешательства как в области первичного очага, так и на лимфатическом аппарате шеи.

Список литературы

1. Романчишен А.Ф., Колосюк В.А., Багатурия Г.О. Рак щитовидной железы – проблемы эпидемиологии, этиопатогенеза и лечения. – М., 2003.
2. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы – СПб., Наука, 1992, с. 258.
3. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез – СПб., Вести, 2009, с. 374, 383.
4. Proye C., Cornaille B., Gontier A et al. Devenir a long terme des thyroïdectomies moins que totales pour cancer papillaires. // Lyon Chir., 1997, No. 6, с. 339 – 344.
5. Tzavara I., Vlassopoulou B., Alevizaki C. et al. Differentiated thyroid cancer: A retrospective analysis of 832 cases from Greece. // Clin. Endocr., 1999, No. 5, с. 643-654.
6. Cady B. Studying in thyroid carcinoma. // Cancer, 1998, No. 3, с. 844-847.
7. Gilliland F., Hunt W., Morris D., Fey C., Prognostic factors for thyroid carcinoma. // Cancer, 1997, No. 3, с. 564-573.