

УДК 616.441-089

С. П. Шевченко, **К. В. Вардосанидзе**, С. В. Сидоров, В. А. Белобородов,
Н. Н. Выборнова, П. А. Таранов, А. А. Дымов

Городская клиническая больница № 1
ул. Залесского, 6, Новосибирск, 630047, Россия
Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 2, Новосибирск, 6300, Россия
Красноярская государственная медицинская академия
ул. Партизана Железняка, 1, Красноярск, 660022, Россия
E-mail: shevchenko_sp@mail.ru

ДИССЕКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ КЛИНИЧЕСКИ НЕВЫЯВЛЕННЫХ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗАХ

Выполнена 41 диссекция центральной клетчатки шеи у больных с высокодифференцированным раком щитовидной железы (РЩЖ) при отсутствии клинически выявленных регионарных метастазов. Микростазы в удаленных лимфоузлах центральной клетчатки шеи обнаружены в 55,8 % случаев. Определена зависимость частоты регионарного метастазирования от гистологического варианта, размера опухоли (Т), ее локализации, инвазии в капсулу щитовидной железы. При папиллярном раке выявлены регионарные метастазы в 69,7 %, при фолликулярном – в 10,0 % случаев. Частота регионарных метастазов в лимфоузлах центральной клетчатки шеи при размере папиллярной опухоли до 1-го сантиметра (Т1) составила 50 %, при опухоли от 1 до 4 сантиметров (Т2) – 64,3 %, при опухоли более 4 сантиметров и / или ее распространении за капсулу щитовидной железы (Т3, Т4) – в 88,9 % случаев. При расположении первичной опухоли только в верхнем полюсе доли щитовидной железы метастазы в лимфоузлах центральной клетчатки шеи отсутствовали во всех случаях. При локализации опухоли в средней трети или нижнем полюсе доли щитовидной железы или в перешейке частота метастазирования составила 75,0 % случаев. Разработка индивидуальной хирургической тактики при операциях по поводу РЩЖ будет способствовать улучшению показателей безрецидивного течения и выживаемости данной категории пациентов.

Ключевые слова: щитовидная железа, рак, хирургия, диссекция центральной клетчатки шеи.

Рак щитовидной железы – наиболее часто встречающаяся онкопатология эндокринной системы. За последние 10 лет заболеваемость РЩЖ возросла более чем в два раза. Прирост заболеваемости по некоторым регионам составляет до 300 %. Заболеваемость в Российской Федерации в 2004 г. составила 5,8 на 100 000 населения [1]. Данное заболевание значительно чаще встречается у женщин, но в последнее время нередко выявляется и у мужчин (соотношение 3 : 1). В 2004 г. в Новосибирской области впервые выявлено 156 больных РЩЖ, что составило 4,8 на 100 000 населения. На настоящий момент окончательно не решен вопрос о показаниях, объеме оперативного вмешательства при высокодифференцированном РЩЖ.

Эффективность лечения и прогноз заболевания зависят не только от распростра-

ненности процесса, но и от гистологического варианта РЩЖ. Различают высокодифференцированный (фолликулярный и папиллярный – с хорошим прогнозом), мало-дифференцированный (плоскоклеточный, недифференцированный – с крайне плохим прогнозом) и медуллярный (занимает среднее положение между дифференцированным и мало-дифференцированным РЩЖ – с умеренно благоприятным прогнозом) рак щитовидной железы. Наиболее часто встречаются папиллярный и фолликулярный РЩЖ; они отличаются медленным ростом. При раннем выявлении и адекватном лечении прогноз благоприятный. Десятилетняя выживаемость составляет 98 % случаев [2].

Основной путь метастазирования высокодифференцированных форм РЩЖ – лимфогенный. Общая частота метастатического поражения шейных лимфоузлов составляет

от 17 до 70 % [3]. Регионарные метастазы возникают чаще у лиц молодого и среднего возраста (до 40 лет). Наибольшей способностью к лимфогенному метастазированию обладает папиллярный рак. В настоящее время принято выделять шесть уровней регионарного лимфогенного метастазирования РЩЖ: I-й уровень включает лимфоузлы подчелюстных треугольников, II-й уровень – лимфоузлы, расположенные вдоль сонной артерии, выше ее бифуркации, III-й уровень – лимфоузлы вдоль сонной артерии, от бифуркации до ее пересечения с лопаточно-подъязычной мышцей, IV-й уровень – лимфоузлы вдоль сонной артерии, ниже лопаточно-подъязычной мышцы, V-й уровень – лимфоузлы боковых треугольников шеи, VI-й уровень – лимфоузлы, расположенные в пре- и паратрахеальной клетчатке и в клетчатке яремной вырезки. Некоторые авторы выделяют VII-й уровень метастазирования – лимфоузлы передневерхнего средостения. Метастазирование при РЩЖ происходит в обратном порядке: от VI-го уровня к I-му. Такое разделение групп лимфатических узлов позволяет классифицировать варианты шейных лимфодиссекций.

С наибольшей частотой поражаются лимфоузлы претрахеальной, паратрахеальной клетчатки и клетчатки яремной вырезки (10,2–52,4 % случаев) [4]. Поэтому ряд авторов считают необходимым удалять их при всех операциях по поводу РЩЖ [5; 6].

Основным методом лечения больных с высококодифференцированным РЩЖ остается хирургический. Оперативное вмешательство включает в себя экстракапсулярное удаление части (доля с перешейком, субтотальное) или всей щитовидной железы, что зависит от размера и локализации опухоли, ее гистологического варианта. При дооперационном выявлении метастатического поражения регионарных лимфоузлов обязательным этапом операции является лимфодиссекция. Выделяют радикальную лимфодиссекцию (операция Крайля) и функциональную лимфодиссекцию (фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи). Последняя, являясь менее травматичной, чем операция Крайля, считается не менее радикальной, что подтверждается работами ряда авторов [7; 8].

У больных с высококодифференцированным РЩЖ при отсутствии клинических данных, свидетельствующих о метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов, профилактическая лимфодиссекция традиционно не выполняется. Операция ограничивается экстрафасциальным удалением части или всей щитовидной железы. Регионарные метастазы после проведения хирургического этапа лечения возникают в 20–66 % [9]. Причиной прогрессирования заболевания является наличие невыявленных на дооперационном этапе микрометастазов, прежде всего в лимфоузлах VI-го уровня метастазирования. Частота поражения лимфоузлов, по данным различных авторов, колеблется от 32,7 до 66 % [10; 11]. Более высокой склонностью к регионарному метастазированию обладают опухоли у молодых лиц, поэтому авторы рекомендуют проведение у них профилактической лимфодиссекции, особенно при возрасте пациента моложе 20 лет.

Частота регионарных метастазов зависит также и от размера опухоли. Вероятность метастазирования резко повышается при опухолях более 3 см в диаметре. При инвазии опухоли за капсулу щитовидной железы вероятность регионарного метастазирования возрастает в несколько раз.

В настоящее время не существует метода, способного выявить регионарные метастазы на доклиническом этапе их развития. Тем не менее большинство онкологов считают проведение профилактического фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи нецелесообразным. Альтернативой выполнению таких операций у больных с высококодифференцированным РЩЖ является диссекция центральной клетчатки шеи, включающей претрахеальную, паратрахеальную клетчатку и клетчатку яремной вырезки [12].

Цель исследования: определить тактику хирургического лечения больных с высококодифференцированными формами рака щитовидной железы для улучшения показателей безрецидивного течения и выживаемости данной категории пациентов.

Материал и методы

В отделении хирургической онкоэндокринологии городской клинической больницы

Таблица 1. Частота регионарного метастазирования в лимфоузлы центральной клетчатки шеи в зависимости от гистологического варианта РЩЖ

Наличие метастазов при лимфодиссекции	Папиллярный рак (n = 33)		Фолликулярный рак (n = 10)	
	Абс.	%	Абс.	%
Метастазы выявлены	23	69,7	1	10,0
Метастазы отсутствуют	10	30,3	9	90,0

цы № 1 г. Новосибирска выполнена 41 операция у больных с высококодифференцированным РЩЖ с клинически невыявленными до операции регионарными метастазами. Группа больных включила 38 женщин (92,7 %) и 3 мужчины (7,3 %). Возраст больных от 17 до 70 лет, в среднем 48,4 года.

Операции выполняли через классический цервикотомический доступ по Кохеру. Во время операции всегда пересекали грудино-подъязычные и щитовидно-подъязычные мышцы. Это позволяло провести адекватную ревизию зон регионарного метастазирования и лимфодиссекцию. Объем выполненных операций на щитовидной железе был следующим: гемитиреоидэктомия с перешейком – 1 операция, субтотальная резекция – 2 и тиреоидэктомия – 38 вмешательств. Мобилизацию щитовидной железы проводили экстрафасциально с обязательной визуализацией возвратных нервов. У всех больных выполняли диссекцию претрахеальной, паратрахеальной клетчатки и клетчатки яремной вырезки. Клетчатку удаляли по ходу возвратных нервов, от места их вхождения в гортань до верхней грудной апертуры. Послеоперационную рану дренировали активными дренажами по Редону. Предпочтение отдавали дренажам фирмы «Eticon», которые обладают большей адсорбирующей поверхностью. Рассеченные мышцы всегда сшивали, что является профилактикой развития слипчивого трахеита, так как в этом случае передняя поверхность трахеи прикрывается мышцами. Целостность кожных покровов восстанавливали с помощью внутридермального шва.

Результаты исследования и обсуждение

При проведении планового гистологического исследования метастазы в удаленной клетчатке выявлены у 24 больных (55,8 %). Был проведен анализ полученных результатов после хирургического этапа лечения

с учетом следующих показателей: 1) гистологический вариант опухоли; 2) размер первичной опухоли; 3) локализация опухоли в ткани щитовидной железы.

В зависимости от гистологического строения опухоли установлена следующая закономерность частоты регионарного метастазирования в лимфоузлы центральной клетчатки шеи: при папиллярном раке выявлены регионарные метастазы в 69,7 % случаев, при фолликулярном раке – у одного пациента (10,0 %) (табл. 1).

Согласно международной классификации (2002) в зависимости от размера первичной опухоли РЩЖ по символу «Т» выделяли: Т1 – опухоль до 1 сантиметра в наибольшем измерении; Т2 – опухоль от 1 до 4 сантиметров; Т3 – опухоль более 4 сантиметров, ограничена капсулой щитовидной железы; Т4 – опухоль любого размера распространяющаяся за пределы щитовидной железы. При папиллярном раке щитовидной железы в зависимости от размера первичной опухоли установлена следующая закономерность: при Т1 метастазы установлены в 50,0 % случаев, при Т2 – в 64,3 %, при Т3 и Т4 метастазы в центральной клетчатке шеи обнаружены у 88,9 % пациентов.

Частота поражения метастазами лимфоузлов центральной клетчатки шеи зависит и от локализации опухоли в ткани щитовидной железы. При расположении первичной опухоли только в верхнем полюсе (3 чел.) метастазы в центральной клетчатке не выявлены ни в одном случае. При локализации опухоли в средней трети или нижнем полюсе доли щитовидной железы, в перешейке частота метастазирования составила 75,0 % (23 из 36).

Заключение

В результате проведенного исследования установлено, что при высококодифференцированном раке щитовидной железы более чем в половине случаев встречаются мета-

стазы в лимфоузлах центральной клетчатки шеи. При папиллярном раке частота регионарного метастазирования выявляется наиболее часто и составляет 69,7 % случаев. У больных с папиллярным РЩЖ при отсутствии клинически увеличенных лимфоузлов показано выполнение диссекции центральной клетчатки шеи во всех случаях, особенно при размере опухоли более 4 сантиметров и / или при распространении за капсулу щитовидной железы, а также при локализации опухоли в средней трети, нижнем полюсе или в перешейке. Разработка индивидуальной хирургической тактики при операциях по поводу РЩЖ будет способствовать улучшению показателей безрецидивного течения и выживаемости данной категории пациентов.

Список литературы

1. *Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году* / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М., 2005.
2. *Романчишен А. Ф. и др.* Рак щитовидной железы – проблемы эпидемиологии, этиопатогенеза и лечения / А. Ф. Романчишен, В. А. Колосюк, Г. О. Багатурия. СПб., 2003.
3. *Романчишен А. Ф.* Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы. СПб., 1992.
4. *Превентивное оперативное вмешательство на центральном лимфатическом коллекторе шеи при дифференцированном раке щитовидной железы* / Б. М. Втюрин, А. А. Ильин, П. О. Румянцев и др. // Акту-

альные вопросы современной эндокринологии: Тез. IV-го Всерос. конгр. эндокринологов. СПб., 2001. С. 284.

5. *Crail G. Jr., Hawk W. A.* Carcinomas of the thyroid // *Cleveland. Clin. Quart.* 1971. Vol. 38, № 3. P. 97–104.

6. *Tissell L.-E.* Role of lymphadenectomy in the treatment of differentiated thyroid carcinomas // *Brit. J. Surg.* 1998. Vol. 85, № 8. P. 1025–1026.

7. *Валдина Е. А.* Хирургические вмешательства и их технические особенности у больных дифференцированным раком щитовидной железы // *Вестн. хирургии.* 2000. № 5. С. 101–103.

8. *Marchetta F. C.* Surgical management of recurring or metastatic thyroid cancer // *J. Surg. Oncol.* 1981. Vol. 16, № 3. P. 229–232.

9. *Вельшер Л. З. и др.* Современные аспекты диагностики распространенности высокодифференцированных форм рака щитовидной железы / Л. З. Вельшер, Д. Н. Решетов, И. Г. Асиновсков // VIII-й Российский онкологический конгресс. М., 2004. С. 92–94.

10. *Ярчевский Г. Ф.* Клиника, лечение и профилактика регионарных метастазов рака щитовидной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1982.

11. *Пропп Р. М., Пачес А. И.* Рак щитовидной железы. М., 1984.

12. *Giannanco M., Cimino G.* Lymphadenectomy in well differentiated thyroid carcinoma // *Minerva Chir.* 2001. Vol. 56, № 1. P. 77–84.

Материал поступил в редколлегию 25.05.2006

S. P. Shevchenko, K. V. Vardosanidze, S. V. Sidorov, V. A. Beloborodov, N. N. Vybornova, P. A. Taranov, A. A. Dymov

Resection of the neck central fat area without diagnosed regional metastases

Data of 41 patients with thyroid cancer and without diagnosed regional metastases are presented. Micrometastases in resected lymph nodes were found in 55.8 % cases. Correlation between size, localization, histology of the tumor and the rate of metastases was detected. In cases of papillary tumor sized within 1 cm (T1) the rate of metastases was 50.0 %, from 1 to 4 cm (T2) – 64.3 %, more than 4 cm and / or expanded out of thyroid gland capsule (T3, T4) – 88.9 %. Micrometastases were not detected if the tumor located in superior part of the lobe and were found in 75.0 % in the cases of location in the middle part, isthmus or inferior part. Development of individual surgical management may improve the course of disease, survival, decrease the rate of recurrence.

Keywords: thyroid gland, cancer, thyroid cancer, resection of the neck central fat area.