

І.В. Дейнеко, О.Б. Кутовий*, С.М. Тимчук, І.В. Люлько*, В.А. Кравченко

ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З ІНВАЗІЄЮ У ВЕРХНІ ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова

*Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ

ВСТУП

Місцево розповсюджений рак щитоподібної залози через близьке анатомічне розташування проростає у верхні відділи трахеї та гортань у 3–20% усіх випадків [1–3]. У 55% випадків спостерігається передопераційний однобічний парез, а у 13% — двобічний парез гортані [4, 6]. У 40–50% випадків після радикального хірургічного лікування у таких хворих трапляється поопераційний двобічний парез гортані, що призводить до стенозу гортані та вимагає подальшого хірургічного втручання для відновлення просвіту гортані [5, 6]. Летальність у цієї групи пацієнтів складає понад 60% [1, 2, 7].

Мета роботи — підвищити ефективність лікування хворих на рак щитоподібної залози з інвазією у верхні дихальні шляхи.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

З 2004 по 2008 рік у відділенні ендокринної хірургії та ЛОР-онкологічному відділенні обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова проведено комбіноване лікування 24 хворих на рак щитоподібної залози з проростанням у трахею (18 випадків) і в трахею та гортань (6 випадків). Вік хворих — від 24 до 72 років, серед них 16 жінок і 8 чоловіків, 5 випадків фолікулярного раку, 13 — папілярного, 4 — медулярного і 2 випадки низькодиференційованого раку. Регіонарні метастази у лімфатичних вузлах шиї з одного боку були у 14 пацієнтів, двобічні — у 4 хворих, і 6 пацієнтів метастазів не мали. Віддалених метастазів не визначалося. В усіх пацієнтів за допомогою фібробронхоскопії, комп'ютерної томографії визначено проростання пухлини у передньо-бічну або передню стінку трахеї від 1 до 6 см завдовжки, а у 6 випадках — і у структурні елементи гортані. Отже, за останньою класифікацією 6-ї редакції, до групи увійшли пацієнти з пухлиною T4a/N0,1a,1b/M0. Залежно від віку та диференціації пухлини: I стадія (хворі до 45 років із високкодиференційованим раком) і IVA стадія. У 13 пацієнтів був передопераційний однобічний парез гортані, у 6 — двобічний, 18 хворих мали стеноз гортані I–II ступеня.

Усім хворим проведено радикальне хірургічне лікування, що включало екстрафасціальну тиреоїдектомію,

10 пацієнтам виконано футлярно-фасціальну лімфодулектомію, у тому числі 5 — з операцією Крайля. З 2007 року 8 пацієнтам із метастазуванням у регіонарні лімфатичні вузли проводили модифіковану передньо-бічну одно- або двобічну дисекцію шиї. У 15 хворих здійснено передньо-бічну резекцію трахеї, у 5 із них — із частиною перснеподібного хряща, із заміщенням переднього бічного дефекту аутоотрансплантатом шкірно-жирового клаптя, трахеопексією трахеї та формуванням стійкої трахеостоми, а у 5 випадках — із формуванням трахеоларингостоми. Чотирьом пацієнтам після виконання циркулярної резекції верхніх відділів трахеї накладено гортанно-трахеальний або трахео-трахеальний анастомоз кінцев у кінець із формуванням мікротрахеостоми. У 5 пацієнтів виконано комбіновану циркулярно-бічну резекцію трахеї з накладенням часткового анастомозу кінцев у кінець, заміщенням бічного дефекту трахеї зміщеним шкірно-жировим клаптем і накладенням стійкої трахеостоми.

У 14 хворих одномоментно проведено латерофіксацію парезної голосової складки з боку інвазії верхніх дихальних шляхів для запобігання паралітичного стенозу гортані. Проводили тиреотомію, підслизову резекцію черпакоподібного хряща з видаленням слизової оболонки задніх 2/3 голосової складки та первинну пластику дефекту слизовою оболонкою гортані.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Інтраопераційні ускладнення у хворих не спостерігалися. У 5 пацієнтів мали місце явища гіпопаратиреозу. У 6 пацієнтів виник однобічний парез гортані з боку інвазії, з достатнім просвітом для дихання через природні дихальні шляхи. У 14 хворих після латерофіксації просвіт гортані відновлено для дихання у повному обсязі, звучна мова була у 7 пацієнтів. Усім хворим проводили супресивну гормональну терапію — еутирокс 2,4 мкг/кг/добу.

Впродовж 2 місяців після хірургічного лікування пацієнтам проведено одномоментне або поетапне пластичне закриття трахеостоми або трахеоларингостоми місцевими тканинами. Дихання через природні шляхи у пацієнтів вільне, просвіт трахеї широкий. У 5 хворих, зва-

жаючи на недостатність розподільної функції, залишено мікротрахеостоми. В усіх хворих компенсовано або субкомпенсовано голосову функцію. Усім хворим впродовж 2 місяців після хірургічного лікування за вмісту ТТГ понад 30 мМОд/мл проведено діагностичне сканування та перший курс радіоіодоблячії йодом-131 у дозі 75–150 мСі (2,775–5,550 MBq). За час спостереження у 5 пацієнтів розвинувся рецидив захворювання у регіонарних лімфатичних вузлах III і IV зони шиї, в одному випадку рецидив був двобічний. Їм проведено повторну операцію — модифіковану передньо-бічну одно- або двобічну дисекцію шиї. 5 пацієнтів померли після хірургічного лікування від пролонгації та генералізації процесу.

ВИСНОВКИ

Запропонована тактика лікування хворих на рак щитоподібної залози з проростанням у трахею, гортань і метастазуванням у регіонарні лімфатичні вузли дозволяє підвищити ефективність лікування та поліпшити віддалені результати (показник виживаності у групі склав 79,2%, рецидиви розвинулися у 20,8% випадків), а також функціонально реабілітувати пацієнтів (голосову функцію частково або цілком відновлено у 100% випадків, дихання через природні шляхи — у 79,2%).

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бондаренко Ю.Г.* Хірургічне лікування раку щитоподібної залози з ларинготрахеальною інвазією / Автореф. дис. к. мед. н. — К., 2002. — 20 с.
2. *Цернеа К.* Высокодифференцированный рак щитовидной железы с локальной инвазией // Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии: Материалы 1-го Украинско-Российского симпозиума по эндокринной хирургии с международным участием (13–14 октября 2006 г. Киев, Украина): Киев, 2006. — С. 12–13.
3. *Ларин О.С., Черенько С.М.* Електронейромоніторинг і хірургічна тактика за інвазії диференційованого раку щитоподібної залози до поворотного гортанного нерва // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2008. — № 1(22). — С. 14–20.
4. *Багатурия Г.О., Романчишен А.Ф., Залмовер Е.А.* Комбинированные и расширенные операции при раке щитовидной железы // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ (24–27 мая 2004 г., Минск, Беларусь): Москва, 2004. — С. 145–146.
5. *Комісаренко І.В., Рібаков С.Й., Багіров М.М., Бондаренко Ю.Г., Шентуха А.І.* Хірургічне лікування раку щитоподібної залози з дихальними розладами // Клінічна хірургія. — 2000. — № 9. — С. 40–42.
6. *Wein R.O.* Management of the locally aggressive thyroid carcinoma // American Journal of Otolaryngology. — 2005. — Vol. 26, № 3. — P. 186–192.
7. *Segal K., Shpitzer T., Hazan A., Bachar G., Marshak G., Popovtzer A.* Invasive well-differentiated thyroid carcinoma: Effect of treatment modalities on outcome // Otolaryngology — Head and Neck Surgery. — 2006. — Vol. 134, № 5. — P. 819–822.

РЕЗЮМЕ

Лечение и реабилитация больных раком щитовидной железы с инвазией в верхние дыхательные пути

И.В. Дейнеко, А.Б. Кутовой, С.Н. Тымчук, И.В. Люлько, В.А. Кравченко

Результаты лечения и реабилитации больных раком щитовидной железы с инвазией в верхние дыхательные пути остаются неудовлетворительными. Предложен способ радикального хирургического лечения таких больных, включающий экстрафасциальную тиреоидэктомию с резекцией пораженных опухолью участков верхних дыхательных путей, с последующей поэтапной реконструкцией их просвета, с одномоментной латерофиксацией парезной голосовой складки, который позволяет повысить эффективность лечения и функционально реабилитировать пациентов.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, инвазия в верхние дыхательные пути, хирургическое лечение, реабилитация.

SUMMARY

Treatment and rehabilitation of thyroid cancer patients with an invasion in upper airways

I. Deineko, O. Kutoviy, S. Timchuk, I. Lulko, V. Kravchenko

Treatment and rehabilitation of thyroid cancer patients with an invasion in upper airways remains unsatisfactory. The method of radical surgical treatment of such patients is offered. This method includes an extrafascial thyroidectomy with the resection of the affected areas of upper airways, and the subsequent stage-by-stage reconstruction of their lumen and single-stage lateral fixation of vocal fold with paresis. It allowed promoting efficiency of treatment and rehabilitating patients functionally.

Key words: thyroid cancer, invasion in upper airways, surgical treatment, rehabilitation.

Дата надходження до редакції 23.11.2009 р.