

*А. Ф. Романчишен, Ф. А. Романчишен, С. Б. Клишин*

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

*Городской центр эндокринной хирургии и онкологии*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДИНАМИКА В ВЫБОРЕ ОБЪЁМА ОПЕРАЦИЙ НА ПРОТЯЖЕНИИ 40 ЛЕТ В ПРАКТИКЕ ОДНОГО ЦЕНТРА

Представлен анализ динамики выбора объема операции при дифференцированном раке щитовидной железы на протяжении 40 последних лет.

**Ключевые слова:** дифференцированный рак щитовидной железы, объем операции.

Представления о рациональности объема операций на щитовидной железе (ЩЖ), регионарных лимфоузлах, обоснованности применения радиойода у больных РЩЖ периодически меняются. Их рациональность нуждается в изучении.

**Цель исследования:** анализ 40-летнего опыта хирургического лечения больных дифференцированным раком ЩЖ.

### Материал и методы

С 1973 по 2012 гг. оперированы 27253 человек с различной тиреоидной патологией, в том числе РЩЖ – 3893 (14,3%). Число оперированных неуклонно возрастало (с 138 до 1204 в год), так же как и количество пациентов РЩЖ (с 11 до 233 в год). Доля онкологических больных увеличивалась от года к году значительно быстрее (с 6,7% в 1973–77 гг. до 31,3% в 2001–12 гг.). Сопоставление динамики увеличения этой группы пациентов в С.-Петербурге и Беларуси показало полное совпадение времени начала подъема кривых заболеваемости в этих двух регионах (с 1990 г.). Данное обстоятельство позволяет предполагать радиоиндуцированный характер увеличения числа больных РЩЖ в С.-Петербурге после аварии на Чернобыльской атомной электростанции.

Изучение морфологической структуры карцином ЩЖ у 1892 оперированных показало, что в Северо-Западном регионе России, где расположен С.-Петербург, преобладал папиллярный рак (54,6%). Фолликулярная карцинома диагностирована в 30,8%, медуллярная – в 5,0%, анапластическая – в 9,6%. Регионарные метастазы папиллярного рака выявлены в 32,2%, фолликулярного – в 25,3%, медуллярного – в 68,3%. В течение анализируемого периода време-

ни соотношение гистологических форм РЩЖ трансформировалось в основном за счет папиллярного и фолликулярного рака. Относительное количество первых увеличилось с 49,5 до 61,3%, вторых – снизилось с 37,2 до 23,2%. Это можно объяснить изменением в международной морфологической классификации РЩЖ, в которой папиллярно-фолликулярный рак отнесен к папиллярной форме опухоли (Хмельницкий О. К., 1987). Частота медуллярной и анапластической карцином оставалась стабильной на протяжении более чем 30 лет (примерно 5,0% и 9,1% соответственно).

Так как за 33-летний период нашей работы в диагностике, тактике и технике хирургического лечения больных РЩЖ произошли существенные изменения, в соответствии с ними, больные разделены на 3 группы: 1 группа (1 период) – оперированные в период с 1973 по 1988 гг. (539 больных); 2 группа (2 период) – оперированные в период с 1989 по 1997 гг. (600 больных); 3 группа (3 период) – оперированные в период с 1998 по 2012 гг. (2518 больных).

Начиная с первого периода, в клинике применялись органосберегательные операции при папиллярной, фолликулярной и спорадической медуллярной карциномах, соответствующих Т1, Т2 и даже Т3 без отдаленных метастазов. Непременным условием было и остается полное удаление доли, содержащей карциному. Полнота выполнения тиреоидэктомии, в первое время, контролировалась сцинтиграфией шеи изотопами йода или технеция. Такой контроль позволил внести ряд изменений в технику операций. Ретроспективный анализ выбора объема операции у больных РЩЖ, показал, что переломным моментом для нашего Центра был 1989 год, начиная с которого количество тиреоидэктомий (ТЭ) неуклонно возрастало. В 2000-е годы полностью

удаляли тиреоидную ткань у больных с дифференцированным РЩЖ в 2 раза чаще, чем в период с 1973 по 1988 гг. (53,0 против 26,2%). Особенно отчетливо эта динамика прослеживалась при папиллярном раке, а также опухолях, соответствовавших Т3 и Т4. Чем это обусловлено? Не оправдала себя разумная органосберегательная тактика хирургического лечения, увеличилось количество рецидивов рака? Выросла агрессивность рака? Ничего подобного не наблюдали. В первый период нашей работы опухоль на стадии Т1 выявлялась в 19,9%, Т2 – 30,7%, Т3 – 30,9% и Т4 – 18,5%, а в последний – в 32,4%, 25,9%, 18,2% и 23,6%, соответственно. Что же всё-таки изменилось? Постепенно возрастала заболеваемость жителей С.-Петербурга, возможно, радиоиндуцированным РЩЖ. Появилась возможность контролировать диссеминацию и рецидивирование РЩЖ на доклиническом этапе с помощью определения уровня тиреоглобулина после полного удаления тиреоидной ткани. Стала более доступной и аргументированной терапия радиоiodом. Стали применяться эффективное заместительное и ТТГ-супрессивное лечение тироксином, а не тиреоидином.

Начиная с 80-х годов, операции на ЩЖ при раке дополнялись биопсией 3, 4, 6 групп лимфоузлов, хромотиреолимфографией, стали применяться косметические доступы. С 1989 г. тиреоидэктомия при РЩЖ выполнялась в 2,6 раза чаще (65,1% против 25%). После 1998 г. всем выполнялась центральная лимфаденэктомия (ЦЛАЭ) под визуальным контролем возвратных нервов (ВН). Для выявления скрытой диссеминации и рецидивирования, обоснованного применения радиойодтерапии определялся стимулированный уровень тиреоглобулина и антител к нему. У 1659 (47,4%) анализированы результаты центральной, у 657 (18,8%) – боковой ЛАЭ.

### Результаты и обсуждение

У 256 (15,4%) из 1659 больных ЦЛАЭ принималась как лечебная, у 1403 – как профилактическая процедура. Но в 306 (21,8%) из 1403 наблюдений гистологически обнаружены метастазы и количество лечебных ЦЛАЭ увеличилось до 562 (33,9%). После боковой шейной лимфаденэктомии дополнительно обнаружены фокусы рака в лимфоузлах 2–5 групп в 60–80%. С 1998 по 2007 г. ТЭ одновременно с ЦЛАЭ выполнялась в 962 (67,7%) случаях. Метастазы обнаружены в 404 (42,0%) наблюдениях. При 2 этапе, предпринятом в 14,9%, отпала необходимость работать в зоне возвратных нервов (ВН). Регулярная ЦЛАЭ снизила повреждения ВН с 3,12% до 0,58% и ОЩЖ с 1,04% до 0,58%. Количество ЦЛАЭ в последние 10 лет достигло 89,3%. ТЭ с ЦЛАЭ после 1998г. позволила снизить число парезов мышц гортани с 1,6% до 0,26%. Частота

гипопаратиреоза сохранялась на прежнем уровне (0,5%), также как и количество послеоперационных кровотечений (0,4–0,5%). После 1998 г. количество рецидивов и регионарных метастазов РЩЖ уменьшилось с 0,5 до 0,27%, что значительно меньше, чем при операциях по поводу РЩЖ, не сопровождавшихся ЦЛАЭ (1,4%). Совершенствование тактики и техники хирургического лечения больных дифференцированным РЩЖ обеспечило улучшение непосредственных и отдаленных результатов. Относительное количество послеоперационных повреждений добавочных нервов в течение 40 лет работы кафедры снизилось с 2,7% до 1,2% и 0,1%.

Под наблюдением не менее 10 лет находятся 1102 (84,9%) из 1298 оперированных. Изучение отдаленных (5–10–15 лет) результатов показало, что метастазы РЩЖ в зонах отрицательной биопсии макроскопически неизмененных лимфоузлов 3–6 групп имели место в дальнейшем лишь в 1,5%. Повторные метастазы после фасциально-футлярных диссекций (центральных и боковых шейных лимфаденэктомий) отмечены лишь у 4 (2,1%), что указывает на эффективность избранной тактики и техники лечения.

### Выводы

В период с 1973 по 2012 гг. заболеваемость РЩЖ жителей С.-Петербурга значительно возросла. Совпадение динамики этого показателя в нашем городе и Беларуси свидетельствует о негативном влиянии Чернобыльской катастрофы и на жителей С.-Петербурга. Начиная с 1989 г. изменился объем операций на ЩЖ, выполнявшихся в Центре по поводу дифференцированного рака, ТЭ на протяжении последних 5 лет выполняется в 2 раза чаще, чем ранее. Кроме этого, с 1998 г. операция на ЩЖ у каждого больного дополнялась ЦЛАЭ. Профилактическая и лечебная ЦЛАЭ под визуальным контролем ВН и ОЩЖ уменьшила необходимость в повторных операциях по поводу метастазов дифференцированного РЩЖ в лимфоузлах 6 уровня шеи, снизила количество повреждений ВН и ОЩЖ. Такое расширение объема операций оправдано, так как улучшается ранняя диагностика метастазов рака, а при использовании нашей методики хирургического лечения не повышается, а снижается его опасность. Операция, предложенная G. Crile в 1906 г., принципиально изменила результаты лечения больных с опухолями головы и шеи, в том числе ЩЖ. Постепенное совершенствование хирургической тактики и техники лечения больных дифференцированными формами РЩЖ положительно сказалось на качестве и продолжительности жизни. Расширенный объем операций на ЩЖ и регионарных лимфоузлах повысил радикализм и безопасность хирургического лечения этих больных.

Стаття надійшла до редакції: 25.07.2013

**А. Ф. Романчишен, Ф. А. Романчишен, С. Б. Клімшин**  
*Санкт-Петербурзький державний педіатричний медичний університет  
Міський центр ендокринної хірургії та онкології*

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ РАК ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ: ДИНАМІКА У ВИБОРІ ОБСЯГУ ОПЕРАЦІЙ ПРОТЯГОМ 40 РОКІВ У ПРАКТИЦІ ОДНОГО ЦЕНТРУ

Представлено аналіз динаміки вибору обсягу операції при диференційованому раку щитовидної залози протягом 40 останніх років.

**Ключові слова:** диференційований рак щитовидної залози, обсяг операції.

**A. F. Romanchishen, F. A. Romanchishen, S. B. Klimshin**  
*Saint Petersburg State Pediatric Medical University  
City center endocrine surgery and oncology*

## SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH DIFFERENTIATED THYROID CANCER: DYNAMICS IN THE SELECTION OF VOLUME OF OPERATIONS OVER 40 YEARS IN THE PRACTICE OF A CENTRE

The analysis of the dynamics of the choice of surgery for differentiated thyroid cancer over the last 40 years.

**Keywords:** well-differentiated thyroid cancer, choice of surgery.