

УДК 616.441-006.6-06:616.428-006.6-033.2]-089

## **ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Кижватов Сергей Игоревич – к.м.н.  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Катанян Геворк Артушевич  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Рябченко Евгений Викторович – к.м.н.  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Кудлай Инна Степановна – к.м.н.  
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия*

Проанализирован опыт выполнения центральной лимфаденэктомии (ЦЛДЭ) при первичном раке щитовидной железы у 224 больных. Все пациенты разделены на группы по результатам дооперационной и интраоперационной диагностики РЩЖ и объему оперативного пособия. С учетом частоты метастазирования в лимфоузлы VI уровня ЦЛДЭ необходимо выполнять всем больным с первичным РЩЖ независимо от распространенности первичной опухоли.

**Ключевые слова:** РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РЕГИОНАРНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ, ЦЕНТРАЛЬНАЯ ШЕЙНАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ.

UDC 616.441-006.6-06:616.428-006.6-033.2]-089

## **CENTRAL LYMPHADENECTOMY IN THYROID CANCER**

Kijvatov Sergei Igorevich – MD  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

Katanyan Gevork Artushevich  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

Ryabchenko evgenii Viktorovich – MD  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

Kudlai Inna Stepanovna – MD  
*City hospital Nr 2, Krasnodar, Russia*

224 patients with primary thyroid cancer (TC) underwent the central lymphadenectomy (CLDE). The patients were divided in groups according to results of pre- and intra-operation TC diagnostics and surgical effort. It was established that CLDE was necessary to all patients with TC despite of primary tumor extent because of the VI stage lymphatic cancer spread.

**Key words:** THYROID CANCER, REGIONAL METASTASIS, CENTRAL CERVICAL LYMPHADENECTOMY.

Онкологическая патология щитовидной железы занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости по Краснодарскому краю [4]. За последние 15 лет заболеваемость раком щитовидной железы (РЩЖ) возросла на 42 % и составила 17,8 на 100000 населения (при среднероссийском показателе – 5,9), а смертность увеличилась на 54,6 %, составив 1,8 на 100000 населения [2]. Эти данные подтверждают необходимость адекватного выбора объема хирургического лечения вышеназванной патологии.

С 6-й редакции классификации TNM (UICC, 2002) группа предгортанных, претрахеальных и паратрахеальных лимфатических узлов при РЩЖ выделена в отдельный непарный VI (центральный) уровень [7, 8]. Лимфоузлы этой группы рассматриваются как коллектор 1-го этапа метастазирования РЩЖ (N1a). Появилось немало работ, посвященных закономерностям метастазирования в регионарные лимфоузлы центральной зоны клетчатки шеи и методикам выполнения центральной лимфаденэктомии (ЦЛДЭ) [3, 5, 6, 9, 11]. В опубликованных в последние годы рекомендациях по лечению РЩЖ европейских и американских ассоциаций специалистов (ЕТА, ВТА, АТА, ААСЕ, NCCN) предлагается выполнять тиреоидэктомию с одновременной центральной лимфодиссекцией при опухолях более 1–2 см [9, 11, 12]. В российских клинических рекомендациях Согласительной комиссии (2007) предложено превентивное удаление лимфоузлов этой группы при первичном вмешательстве на щитовидной железе по поводу рака [1]. Однако обсуждению вопросов выбора операционной тактики в литературе уделено недостаточно внимания, а выполнение ЦЛДЭ имеет рекомендательный характер.

С учетом важности вышеназванной проблемы мы анализируем собственный опыт оперативного лечения больных первичным РЩЖ, которым выполнялась ЦЛДЭ.

**Цель исследования:** определить частоту метастазирования в центральную группу лимфоузлов шеи при РЩЖ и необходимость удаления клетчатки этой зоны

**Материал и методы.** В период с 2009 по 2011 гг. в отделении эндокринной хирургии МБУЗ ГБ № 2 г. Краснодара оперативные вмешательства на щитовидной железе с ЦЛДЭ при первичном РЩЖ выполнены 224 пациентам (194 женщины и 30 мужчин). При этом большинство пациентов (81,6 %) находились в активном, трудоспособном возрасте (см. рис.).

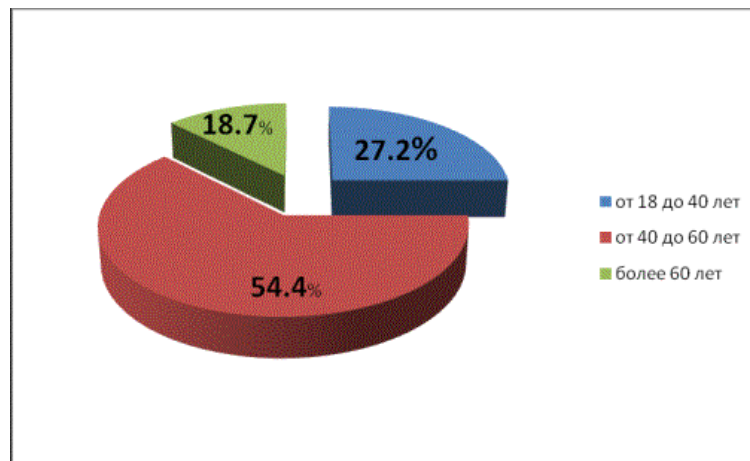


Рисунок. Распределение пациентов по возрасту

Всем пациентам с очаговыми поражениями щитовидной железы выполнялась тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под ультразвуковым контролем.

Операцией выбора при верифицированном РЩЖ была тотальная экстрафасциальная тиреоидэктомия. При доброкачественных или сомнительных (фолликулярная и гюртлеклеточная неоплазия) цитологических данных у пациентов с монолобарным поражением выполнялась экстрафасциальная гемитиреоидэктомия (с удалением перешейка щитовидной железы) со срочным интраоперационным гистологическим исследованием. Во всех случаях хирургические вмешательства на щитовидной железе и лимфатическом аппарате шеи

проводились с интраоперационной визуализацией возвратных гортанных нервов и паращитовидных желез.

По особенностям диагностики РЩЖ и объему оперативного вмешательства пациенты были разделены на 4 группы.

**1-я группа** – 192 пациента (85,7 %) с цитологически верифицированным РЩЖ, которым на основании дооперационного ультразвукового исследования (УЗИ) лимфоузлов II–VI зон шеи было исключено метастазирование в регионарные лимфоузлы. Им была выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия с профилактической ЦЛДЭ.

**2-я группа** – 15 пациентов (6,6 %) с благополучным цитологическим результатом, у которых запланированный объем вмешательства – гемитиреоидэктомия – был расширен до тиреоидэктомии с профилактической ЦЛДЭ после срочного гистологического исследования, верифицировавшего РЩЖ интраоперационно.

**3-я группа** – 5 пациентов (2,3 %) с благополучными результатами предоперационного цитологического и интраоперационного срочного гистологического исследований. Им выполнена экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с удалением перешейка щитовидной железы. У этих пациентов РЩЖ диагностирован после получения окончательного результата гистологического исследования. В этих случаях тотальная тиреоидэктомия с профилактической ЦЛДЭ выполнялась вторым этапом хирургического лечения.

**4-я группа** – 12 пациентов (5,3 %) с регионарным метастазированием в лимфоузлы II–V уровня (стадия pT1–4aN1b), верифицированным до операции цитологически. Больным проведена экстрафасциальная тиреоидэктомия в сочетании с лечебными ЦЛДЭ (VI уровень) и фасциально-футлярной лимфаденэктомией (II–V уровень).

## Результаты и обсуждение

Оценка результатов проводилась по данным окончательного гистологического исследования. При этом учитывались гистологическая структура, размер опухоли (стадия РЦЖ по TNM 7-й редакции) и наличие регионарных метастазов.

Гистологическая характеристика РЦЖ представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Гистологическая структура РЦЖ в исследованных группах пациентов

Морфологический тип РЦЖ	Группы				Число пациентов	
	1	2	3	4	Абс.	%
Папиллярный	154	12	5	9	180	80,4
Фолликулярный	36	3	-	2	41	18,3
Медуллярный	2	-	-	-	2	0,9
Низкодифференцированный	-	-	-	1	1	0,4
ИТОГО	192	15	5	12	224	100

В исследованных группах преобладали пациенты с высокодифференцированной папиллярной карциномой. Сниженная в два раза частота фолликулярного РЦЖ, по сравнению с обобщенными статистическими показателями, была обусловлена трудностями дооперационной цитологической и интраоперационной срочной гистологической диагностики этой патологии.

Стадирование опухолевого процесса в щитовидной железе по критерию Т (классификация TNM 7-й редакции, UICC, 2009) представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Стадия опухоли (Т) в исследованных группах пациентов

Размеры и распространенность опухоли в щитовидной железе (Tn)	Группы				Число пациентов	
	1	2	3	4	Абс.	%
T1a	38	-	-	-	38	17,0
T1b	65	1	1	-	67	29,9
T2	71	9	2	3	85	37,9
T3	18	5	2	8	33	14,8
T4a	-	-	-	1	1	0,4
ИТОГО	192	15	5	12	224	100

В большей части наблюдений РЩЖ был представлен опухолями диаметром от 1 до 4 см (T1b – T2), не распространяющимися за пределы щитовидной железы. У 37 (16,5 %) больных было внутриорганный метастазирование в контрлатеральную долю (mpT1b-3), не выявленное до гистологического исследования. У 26 из них был обнаружен папиллярный, а у 11 – фолликулярный тип РЩЖ.

В 1-й группе пациентов, по данным заключительного гистологического исследования, папиллярный, фолликулярный и медуллярный типы РЩЖ выявлены, соответственно, в 154 (80,2 %), 36 (18,8 %), 2 (1,0 %) случаях. Эти наблюдения оказались наиболее информативными для оценки частоты регионарного метастазирования. Сведения о частоте выявления регионарных метастазов в этой группе, полученные после выполнения профилактической ЦДЭ, представлены в таблице 3.

Таблиц 3 – Частота выявления регионарных метастазов VI зоны шеи после тиреоидэктомии с ЦДЭ у пациентов 1-й группы

Размеры и распространенность опухоли в щитовидной железе (Tn)	Число пациентов						Частота регионарных метастазов (%)
	всего		без регионарных метастазов		с регионарными метастазами		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
T1a	38	19,8	27	14,0	11	5,7	28,9
T1b	65	33,8	48	25,0	17	11,5	26,2
T2	71	37,0	49	25,5	22	8,9	31,0
T3	18	9,4	12	6,3	6	3,1	33,3
T4a	-		-	0	-	0	-
ИТОГО	192	100	136	70,8	56	29,2	29,2

При папиллярном РЩЖ регионарные метастазы обнаружены у 53 больных (34,4 %), а при фолликулярном – у 3 (8,3 %). В двух случаях медуллярного РЩЖ регионарного метастазирования не было.

Во 2-й группе 15 пациентам решение о расширении объема оперативного вмешательства до тотальной тиреоидэктомии с

профилактическим ЦЛДЭ было принято после срочного интраоперационного гистологического исследования, результаты которого подтвердили папиллярный РЩЖ. Метастазы в лимфатические узлы VI зоны шеи выявлены у 3 (20 %) из них.

У пяти пациентов 3-й группы, перенесших ранее гемитиреоидэктомию, тотальная тиреоидэктомия с профилактической ЦЛДЭ выполнена вторым этапом хирургического лечения. У всех больных обнаружен папиллярный рак без регионарных метастазов.

Из 12 пациентов 4-й группы с РЩЖ (pT2–4; N1b) с цитологически подтвержденным метастазированием в лимфоузлы II–V зон шеи у 10 обнаружены метастазы во все группы лимфоузлов, включая VI зону шеи. В трех из этих наблюдений метастазы VI зоны шеи были двусторонними.

Таким образом, частота метастазирования в регионарные лимфатические узлы шеи при высокодифференцированном РЩЖ высока и достигает 36,1 % при папиллярной и 12,2 % при фолликулярной карциноме и не зависит от размера опухоли. Частота внутриорганного метастазирования составляет, соответственно, 14,4 % и 26,8 %. Современные ультразвуковые и цитологические методы диагностики при РЩЖ не позволяют выявить внутриорганное и регионарное метастазирование в основной лимфатический коллектор – VI зону клетчатки шеи на дооперационном этапе. Это требует применения радикальной хирургической тактики с обязательным тотальным удалением ткани щитовидной железы и центрального лимфатического коллектора шеи.

## **Выводы**

1. Методом выбора хирургического лечения высокодифференцированного РЩЖ, независимо от размеров и цитологической характеристики опухоли, должна быть тотальная тиреоидэктомия.
2. Тотальная тиреоидэктомия при высокодифференцированном РЩЖ должна сочетаться с выполнением центральной (билатеральной) шейной лимфаденэктомии.



## Список литературы

1. Диагностика и лечение дифференцированного рака щитовидной железы. Национальные клинические рекомендации, принятые на XI Российском онкологическом конгрессе и IV Всероссийском тиреоидологическом конгрессе // Эндокринная хирургия. – 2008; 1: 3–5.
2. *Дикарев А.С.* Распространенность злокачественных новообразований щитовидной железы и совершенствование медицинской помощи больным: Дисс. на соиск. уч. степ. к.м.н. – Спб., 2006. С. 1–128.
3. *Лушников Е.Ф., Втюрин Б.М., Цыб А.Ф.* Микрокарцинома щитовидной железы. – М.: Медицина, 2003.
4. Онкологическая служба Краснодарского края в фактах и цифрах за 10 лет (1995–2004 гг.) / Под ред. Ю.Е. Дудика, Л.Г. Тесленко. – Краснодар: Совет. Кубань, 2005.
5. *Романчишен А.Ф., Колосюк В.А., Багатурия Г.О.* Рак щитовидной железы – проблемы эпидемиологии, этиопатогенеза и лечения. – СПб.: Изд-во «Welcome», 2003.
6. Рак щитовидной железы: Современные подходы к диагностике и лечению / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, У.В. Румянцева, В.А. Саенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
7. Cancer Staging Manual: 6th edition / American Joint Committee of Cancer. Springer, 2002.
8. Comparison Guide: Cancer Staging Manual 5–6. 5th versus, 6th edition / American Joint Committee of Cancer // [www.cancerstaging.org](http://www.cancerstaging.org). Chicago: AJCC, 2002.
9. Lucioni Marco Practical Guide to Neck Dissection. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, 2007.
10. Summary of Changes: Understanding the Changes from the Sixth to the Seventh Edition of the AJCC Cancer staging Manual / American Joint Committee of Cancer // [www.cancerstaging.org](http://www.cancerstaging.org). Chicago: AJCC, 2009.
11. Pocket Guide to Neck Dissection Classification and Tnm Staging of Head and Neck Cancer / Tditors: D.G. Deshler, T. Day, American Academy of Otolaryngology // Head & Nec., 2008.
12. Thyroid Carcinoma. V.2. 2007 // NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology // National Comprehensive Cancer Network // [www.nccn.org](http://www.nccn.org). NCCN, 2007.