

## ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Г.О. Багатурия, А.Ф. Романчишен

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

**Резюме.** В работе анализируются результаты паллиативных операций у 137 больных с местно-распространенными формами рака щитовидной железы (РЩЖ). Выполнялись резекции щитовидной железы с оставлением опухолевой ткани, прорастающей в жизненно важные органы, а в отдельных случаях – полное удаление опухоли у больных с отдаленными метастазами. Подобные операции пришлось выполнить примерно каждому четвертому из 464 больных с местно-распространенным РЩЖ. Большую часть пациентов, которым были выполнены паллиативные вмешательства, составили лица пожилого возраста, зачастую отягощенные сопутствующей патологией. Необходимость в таких операциях возникала при перспективе дальнейшего лечения больных нехирургическими методами, а также при серьезных осложнениях опухолевого процесса, угрожающих жизни. Более чем у каждого десятого пациента паллиативную операцию приходилось заканчивать временной или постоянной трахеостомой, выполненной по оригинальной методике. Послеоперационная летальность составила 4,3% (6 случаев). Причинами смерти были тромбоэмболия легочной артерии (2 больных), острый инфаркт миокарда (1 пациент), гнойно-септические осложнения (2 больных), острое нарушение мозгового кровообращения (1 наблюдение). Из послеоперационных осложнений отмечались нагноение раны (10 случаев или 7,3%), гипостатическая пневмония (21 больной или 15,3%), кровотечение (3 наблюдения или 2,2%). Показатели 5-летней выживаемости после паллиативных хирургических вмешательств у больных папиллярным раком были выше по сравнению с группой больных фолликулярным раком (43,0 и 37,9% соответственно). Аналогичный показатель у больных медуллярной карциномой был значительно ( $p < 0,05$ ) ниже по сравнению с таковыми при папиллярном и фолликулярном РЩЖ и составил 18,1%. После паллиативных операций более чем треть больных прожили 5 лет и более, что убеждает в обоснованности паллиативных вмешательств в данной группе больных, и говорит об относительно благоприятном течении дифференцированных форм РЩЖ.

**Ключевые слова:** местно-распространенный рак щитовидной железы; паллиативные операции; трахеостома.

## PALLIATIVE SURGERY IN LOCALLY ADVANCED THYROID CANCER

© G.O. Bagaturiya, A.F. Romanchishen

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

**Abstract.** The paper analyses the experience in palliative surgery in 137 patients with locally advanced forms of differentiated thyroid cancer. The paper describes the resections of the thyroid gland without the tumor tissue that germinated into the vital organs of neck or mediastinum. In some cases – the tumor was completely removed in patients with distant metastases. Such operations had to be performed in every fourth patient out of 464 patients with locally advanced carcinoma of the thyroid gland. Most of the patients undergoing palliative interventions, were elderly patients, that often had other illnesses. The need for such transactions occurred at the prospect of further treatment of patients with non-surgical methods, and serious complications of life-threatening tumors. In more than one in ten patients the palliative operation had to be completed with a temporary or permanent tracheostomy performed using the original method. The postoperative mortality rate was 4.3% (6 cases). The causes of death were pulmonary embolism (2 patients), acute myocardial infarction (1 patient), purulent-septic complications (2 patients), acute cerebrovascular accident (1 case). The postoperative complications were: festering wounds (10 cases or 7.3%), hypostatic pneumonia (21 patients or 15.3%), bleeding (3 cases or 2.2%). The 5-year survival rate after palliative surgery in patients with papillary cancer was higher compared to the group of patients with follicular carcinoma (43.0% and 37.9%, respectively). The same figures in patients with medullary carcinoma were significantly ( $p < 0.05$ ) lower compared with those with papillary and follicular thyroid cancer and they amounted to 18.1%. After the palliative surgery more than a third of patients survived for 5 years or more. That proves the validity of palliative interventions in this group of patients, and the relatively favorable current differentiated forms of thyroid cancer.

**Key words:** locally advanced thyroid cancer; palliative surgery; tracheostomy.

К паллиативным (минимальным) операциям при местно-распространенном дифференцированном раке щитовидной железы (РЩЖ) относятся

операции, при которых оставляется значительная часть опухолевой ткани на шее или в средостении [5, 8, 11]. Аргументом в пользу паллиативных

вмешательств при «запущенном» РЩЖ считается риск возникновения или уже развившихся жизненугрожающих осложнений — асфиксии и кровотечения из распадающейся опухоли [3, 4, 13]. Среди нерешенных проблем лечения больных РЩЖ остаются показания и эффективность паллиативных хирургических вмешательств при местно-распространенных опухолях [1, 12]. Спорным также остается вопрос, касающийся выполнения обширных операций при низкодифференцированном, или анапластическом РЩЖ. Многие авторы не рекомендуют выполнять такие операции при данных новообразованиях ввиду отсутствия объективного эффекта [6, 7]: продолжительность жизни больных низкодифференцированными карциномами практически одинакова при агрессивном и консервативном хирургическом подходе. Все операции при низкодифференцированных и анапластических карциномах рассматриваются как паллиативные. Расширение объема хирургического вмешательства в данных ситуациях не улучшает показателей выживаемости больных [2, 9]. Продлить жизнь таких пациентов способны лучевые и лекарственные методы воздействия [10].

Нами прослежены результаты 137 паллиативных хирургических вмешательств, выполненных больным с местно-распространенными дифференцированными формами РЩЖ, оперированным на клинических базах кафедры госпитальной хирургии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, которые составили 29,5% по отношению к 581 операции, выполненной 464 пациентам с «запущенными» злокачественными опухолями щитовидной железы.

К общему количеству пациентов, оперированных в клинике по поводу РЩЖ (2115 больных), этот показатель соответствовал 6,5%. Среди больных было 109 (79,6%) женщин и 28 (20,4%) мужчин. Соотношение мужчин и женщин равнялось 1 : 3,9. Возраст больных колебался от 47 до 80 лет и в среднем составил  $68,2 \pm 2,1$  г, то есть большинство (77,4%) больных было представлено лицами пожилого возраста, относившимися в группу высокого риска, которые, кроме того, тяжело переносят любые хирургические вмешательства. Чаще всего (20,8%) паллиативными хирургические вмешательства были при медуллярном РЩЖ (табл. 1).

При этом в подгруппе больных медуллярной карциномой были наиболее «молодые» пациенты — их средний возраст составлял  $44,8 \pm 5,1$  г. В подгруппах больных папиллярным и фолликулярным РЩЖ средний возраст пациентов был значительно больше и мало различался (соответственно  $68,5 \pm 2,8$  г. и  $70,1 \pm 3,6$  г.).

В 78 (13,4%) наблюдениях операции были признаны паллиативными в связи с тем, что приходилось оставлять участки опухолевой ткани на органах шеи и средостения. В 27 (4,6%) наблюдениях операции были признаны паллиативными вследствие гематогенной диссеминации опухолей. У 32 (5,5%) пациентов хирургические вмешательства были изначально запланированы как паллиативные вследствие наличия тяжелой сопутствующей патологии и/или пожилого возраста пациентов в сочетании с жизнеугрожающими состояниями — выраженной компрессией органов шеи, кровотечением из распадающейся опухоли (табл. 2).

Таблица 1

Гистологические формы опухолей щитовидной железы у больных после паллиативных операций

Гистологическая форма и общее количество больных данной формой РЩЖ	Число наблюдений	
	Абс.	%
Папиллярный рак (1311)	58	4,4
Фолликулярный рак (646)	46	7,1
Медуллярный рак (158)	33	20,8
Всего (2115)	137	6,4

Таблица 2

Причины паллиативных операций при «запущенном» РЩЖ (удельный вес по отношению к 581 хирургическому вмешательству)

Причина	Число наблюдений	
	Абс.	%
Невозможность полностью удалить опухоль, установленная в процессе вмешательства	78	13,4
Гематогенные метастазы	32	5,5
Непереносимость радикального вмешательства, установленная до операции	27	4,6
Всего	137	23,5

Таблица 3

Виды паллиативных операций при «запущенном» РЩЖ

Виды операций		Количество	%
Резекция опухоли	с оставлением участка ткани на органах шеи и средостения	65	47,0
	с оставлением части метастазов на органах шеи	30	21,7
Полное удаление опухоли при гематогенном метастазировании		27	19,6
Трахеостомия		16	11,7
Всего		138	100

Наиболее частыми видами паллиативных хирургических вмешательств у больных с «запущенным» РЩЖ были резекции опухолей (65/47,0 %) при прорастании карциномы в соседние ткани. Вдвое реже выполнялись резекции опухолей с оставлением части метастазов на органах шеи (30/21,7 %). При наличии отдаленных метастазов опухоли удалялись полностью (27/19,6 %), после чего больные подвергались лучевой терапии (табл. 3).

В 9 из 78 наблюдений (11,5 %) паллиативные операции были завершены постоянной трахеостомией. В дальнейшем пациентам проводилась химиотерапия и дистанционная лучевая терапия. В двух наблюдениях трахеостомия была временной, деканюляция проведена через 3 и 7 месяцев. У 7 пациентов после резекций гортани и трахеи трахеостомия была полной. После циркулярных резекций пациентам выполнялась постоянная гастростомия. В наших наблюдениях ни разу не возникала необходимость во временной гастростомии. Учитывая неблагоприятное течение послеоперационного периода при наличии трахеостомы, в клинике использовалась модифицированная методика трахеостомии. В течение последнего десятилетия, чтобы уменьшить число гнойных осложнений, а также учитывая вероятность предстоящей лучевой терапии, использовались пластмассовые трахеостомические трубы с манжетой, максимально возможного в каждом случае диаметра. Поперечная цервикотомия производилась на 4–5 см выше яремной вырезки грудины. Окно в трахее герметизировалось двумя лигатурами, фиксирующими кожу и мышцы к боковым поверхностям трахеи. Трахеостомическая трубка выводилась через прокол в нижнем лоскуте раны. В дальнейшем выполнялась интубация через трахеостому для завершения операции. После окончания вмешательства операционная рана располагалась над трахеостомической трубкой, что исключало контакт выделений из трахеостомы с раной, обеспечивая оптимальные условия для ее заживления (рис. 1).

Данный метод трахеостомии позволил снизить частоту нагноений операционной раны до 12,5 %, даже в случаях, когда было трудно или невозможно освободить участок трахеи от опухоли и трахеосто-

ма накладывалась через опухолевую ткань. Сроки направления больных для лучевой терапии почти не отличались от группы пациентов, которым трахеостома не накладывалась. Этот способ трахеостомий разработан в клинике (Романчишен А. Ф., 1992; Залмовер Е. А., 2002) и защищен авторским свидетельством № 200473112/05 (004186).

Большинство пациентов с местно-распространенным РЩЖ хорошо или удовлетворительно переносили паллиативные хирургические вмешательства. Послеоперационная летальность составила 4,3 % (6 случаев). Причинами смерти были тромбоэмболия легочной артерии (2 больных), острый инфаркт миокарда (1 пациент), гнойно-септические осложнения (2 больных), острое нарушение мозгового кровообращения (1 наблюдение). Из послеоперационных осложнений отмечались нагноение раны (10 случаев или 7,3 %), гипостатическая пневмония (21 больной или 15,3 %), кровотечение (3 наблюдения или 2,2 %).

Выживаемость больных после паллиативных операций зависела от гистологической формы опухоли. После паллиативных вмешательств у 104 больных папиллярным и фолликулярным РЩЖ 42 пациента (40,4 %) прожили 5 лет и более. В группе из 33 больных медуллярным раком ЩЖ 5-летняя выживаемость



Рис. 1. Установка трахеостомической трубки через нижний лоскут раны

мость была значительно ниже и составила 18,1% (6 пациентов). 10-летняя выживаемость в группе больных папиллярным и фолликулярным РЦЖ, перенесших паллиативные операции, была равна 28,9% (30 пациентов). При папиллярных и фолликулярных формах РЦЖ 27 (25,9%) больным проведены послеоперационные курсы лечения радиоактивным йодом, что, безусловно, способствовало продлению жизни этих пациентов. Среди больных распространенным медуллярным раком 10 лет после паллиативных операций не прожил никто, включая двух пациентов, которым проведены курсы дистанционной лучевой терапии.

У 327 больных местно-распространенным РЦЖ, перенесших радикальные (комбинированные и расширенные) хирургические вмешательства, 5-летняя выживаемость равнялась 80,4%. После паллиативных операций у 137 пациентов 5-летняя выживаемость была значительно ( $p < 0,05$ ) ниже и составила 35,0%. Тем не менее несмотря на неполное удаление «запущенных» опухолей более чем треть пациентов прожили 5 лет и более, что убеждает в обоснованности паллиативных вмешательств в данной группе больных и говорит об относительно благоприятном течении высокодифференцированных форм рака ЩЖ. После паллиативных хирургических вмешательств показатели 5-летней выживаемости у больных папиллярным раком были выше ( $p < 0,5$ ) по сравнению с группой больных фолликулярным раком (43,0% и 37,9% соответственно). Аналогичный показатель у больных медуллярной карциномой был значительно ( $p < 0,05$ ) ниже по сравнению с таковыми при папиллярном и фолликулярном РЦЖ и составил 18,1%. То есть тенденция не отличалась от общей группы больных РЦЖ и в группах пациентов, перенесших радикальные комбинированные и расширенные операции.

В отношении влияния пола и возраста пациентов зависимости были сходными в группах паллиативных, комбинированных и расширенных операций. Ухудшение прогноза после паллиативных операций отмечалось у лиц мужского пола и у пациентов старше 60 лет. 5-летняя выживаемость пациентов мужского пола после паллиативных операций составила 25,0% и была существенно ниже ( $p < 0,05$ ), чем у женщин (37,6%). Показатели 5-летней выживаемости у больных моложе 60 лет были значительно ( $p < 0,05$ ) выше, чем у пациентов более старших возрастных групп (соответственно 46,4% и 27,2%). Эти данные подтверждают существующее мнение (согласно прогностическим системам AMES и AGES) об ухудшении прогноза при раке ЩЖ у лиц мужского пола и пожилых пациентов.

Следует также отметить, что во всех анализированных группах наибольшее число смертей наблюдалось в течение первого года после установления диагноза и хирургического лечения.

Таким образом, паллиативные операции пришлось выполнить примерно каждому четвертому больному с местно-распространенной карциномой ЩЖ. Большую часть пациентов, которым были выполнены паллиативные вмешательства, составили лица пожилого возраста, зачастую отягощенные сопутствующей патологией. Необходимость в таких операциях возникает при перспективе дальнейшего лечения больного нехирургическими методами, а также при серьезных осложнениях опухолевого процесса, угрожающих жизни.

Более чем у каждого десятого пациента паллиативную операцию приходилось заканчивать временной или постоянной трахеостомой. С целью снижения частоты послеоперационных гнойно-септических осложнений применялась оригинальная модификация трахеостомии.

Выживаемость больных ухудшалась в ряду: расширенные, комбинированные, паллиативные операции. Тем не менее даже после паллиативных операций более чем треть больных прожили 5 лет и более, что убеждает в обоснованности паллиативных вмешательств в данной группе больных и говорит об относительно благоприятном течении дифференцированных форм РЦЖ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Валдина Е.А. Хирургические вмешательства и их технические особенности у больных дифференцированным раком щитовидной железы. Вестник хирургии. 2000; 5: 101–103.
2. Камардин Л.Н., Романчишен А.Ф. Решенные и спорные вопросы в диагностике и лечении рака щитовидной железы. Вестник хирургии. 1983; 1: 15–18.
3. Романчишен А.Ф., Липская Е.В., Колосюк В.А. Хирургическая тактика, диагностика и лечение больных с дифференцированным раком щитовидной железы. Вестник хирургии. 2004; 1: 11–15.
4. Ольшанский В.О., Демидов В.П., Воронецкий И.Б. Рак щитовидной железы. В кн.: Чиссов В.И., ред. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. М.: Медицина; 1989: 180–193.
5. Arias F., Vives R., Gomes-Doronsoro M.L. Cutaneous nodes in a patient with advanced papillary carcinoma of the thyroid. Clin. Transl. Oncol. 2006; 8 (9): 692–693.
6. Ballantyne A.J. Resections of the upper aerodigestive tract for locally invasive thyroid cancer. Am. J. Surg. 1994; 168 (6): 636–639.

7. Goutsouliak V., Hay J.H. Anaplastic thyroid cancer in British Columbia 1985–1999: a population-based study. *Clin. Oncol.* 2005; 17 (1): 75–78.
8. Iseli T.A., Brown C.L., Sizeland A.M., Berkowitz R.G. Palliative surgery for neoplastic unilateral vocal cord paralysis. *Aust.N. Z.J. Surg.* 2001; 71 (7): 672–674.
9. Lu W.T., Lin J.D., Huang H.S., Chao T.C. Does surgery improve the survival of patients with advanced anaplastic thyroid carcinoma? *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1998; 118 (5): 728–731.
10. Nilsson O., Lindeberg J., Zedenius J. Anaplastic giant cell carcinoma of the thyroid gland: treatment and survival over a 25-year period. *World J. Surg.* 1998; 22 (7): 725–730.
11. Pierre J.P., Muzikansky A., Gaz R.D. et al. The effect of surgery and radiotherapy on outcome of anaplastic thyroid carcinoma. *Ann. Surg. Oncol.* 2002; 9 (1): 57–64.
12. Shah J.P. *Cancer of the head and neck*. London: BC Decker Inc; 2001.
13. Watanabe S., Noguchi S. *Thyroid cancer diagnosis and treatment*. St. Louis: Quality Medical Publishing Inc.; 2000.
14. differencirovannym rakom shhitovidnoj zhelezy [Surgical tactics, diagnosis and treatment of patients with differentiated thyroid cancer]. *Vestnik hirurgii*. 2004; 1: 11–15. (in Russian).
15. Ol'shanskij V.O., Demidov V.P., Voroneckij I.B. *Rak shhitovidnoj zhelezy* [Thyroid cancer]. V kn.: Chissov V.I., red. *Kombinirovannoe i kompleksnoe lechenie bol'nyh so zlokachestvennymi opuholjami*. M.: Medicina; 1989: 180–193.
16. Arias F., Vives R., Gomes-Doronsoro M.L. Cutaneous nodes in a patient with advanced papillary carcinoma of the thyroid. *Clin. Transl. Oncol.* 2006; 8 (9): 692–693.
17. Ballantyne A.J. Resections of the upper aerodigestive tract for locally invasive thyroid cancer. *Am. J. Surg.* 1994; 168 (6): 636–639.
18. Goutsouliak V., Hay J.H. Anaplastic thyroid cancer in British Columbia 1985–1999: a population-based study. *Clin. Oncol.* 2005; 17 (1): 75–78.
19. Iseli T.A., Brown C.L., Sizeland A.M., Berkowitz R.G. Palliative surgery for neoplastic unilateral vocal cord paralysis. *Aust.N. Z.J. Surg.* 2001; 71 (7): 672–674.
20. Lu W.T., Lin J.D., Huang H.S., Chao T.C. Does surgery improve the survival of patients with advanced anaplastic thyroid carcinoma? *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1998; 118 (5): 728–731.
21. Nilsson O., Lindeberg J., Zedenius J. Anaplastic giant cell carcinoma of the thyroid gland: treatment and survival over a 25-year period. *World J. Surg.* 1998; 22 (7): 725–730.
22. Pierre J.P., Muzikansky A., Gaz R.D. et al. The effect of surgery and radiotherapy on outcome of anaplastic thyroid carcinoma. *Ann. Surg. Oncol.* 2002; 9 (1): 57–64.
23. Shah J.P. *Cancer of the head and neck*. London: BC Decker Inc; 2001.
24. Watanabe S., Noguchi S. *Thyroid cancer diagnosis and treatment*. St. Louis: Quality Medical Publishing Inc.; 2000.

## REFERENCES

1. Valdina E.A. *Hirurgicheskie vmeshatel'stva i ih tehnicheskie osobennosti u bol'nyh differencirovannym rakom shhitovidnoj zhelezy* [Surgical interventions and their technical features in patients with differentiated thyroid cancer]. *Vestnik hirurgii*. 2000; 5: 101–103. (in Russian).
2. Kamardin L.N., Romanchishen A.F. *Reshennye i spornye voprosy v diagnostike i lechenii raka shhitovidnoj zhelezy* [Solved and contentious issues in the diagnosis and treatment of thyroid cancer]. *Vestnik hirurgii*. 1983; 1: 15–18. (in Russian).
3. Romanchishen A.F., Lipskaja E.V., Kolosjuk V.A. *Hirurgicheskaja taktika, diagnostika i lechenie bol'nyh s*
4. Bagaturiya Georgij Otarovich – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: geobag@mail.ru.
5. Bagaturiya Georgij Otarovich – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Head. Department of Operative Surgery and Topographic anatomy. St. Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: geobag@mail.ru.
6. Romanchishen Anatoly Filippovich – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: afromanchishen@mail.ru.
7. Romanchishen Anatoly Filippovich – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Head. Department of Hospital Surgery with Traumatology and Military Surgery Courses. St. Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: afromanchishen@mail.ru.

## ◆ Информация об авторах

**Багатурия Георгий Отарович** – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: geobag@mail.ru.

**Романчишен Анатолий Филиппович** – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: afromanchishen@mail.ru.

**Bagaturiya Georgij Otarovich** – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Head. Department of Operative Surgery and Topographic anatomy. St. Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: geobag@mail.ru.

**Romanchishen Anatoly Filippovich** – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Head. Department of Hospital Surgery with Traumatology and Military Surgery Courses. St. Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: afromanchishen@mail.ru.