

Эти данные говорят о необходимости дальнейшего изучения вопросов лечения больных с указанными локализациями. Однако первостепенной задачей в лечении больных злокачественными опухолями полости рта, как показывает опыт лечения больных раком нижней губы, является организация своевременной диагностики – активного выявления ранних поражений слизистых оболочек полости рта.

Злокачественные опухоли щитовидной железы

Общие сведения. Злокачественные опухоли щитовидной железы составляют не более 1% всех злокачественных новообразований и в основном представлены эпителиальными формами. Среди них около 60% составляет высокодифференцированный рак (папиллярные, фолликулярные аденокарциномы, неинкапсулированные склерозирующие аденокарциномы), 25—30% эпителиальных злокачественных опухолей входят в группу новообразований средней степени злокачественности. Эта группа представлена такими формами, как солидный рак с амилоидозом стромы, рак из клеток Ашкинази-Гюртля, опухоли Лангханса. Наконец, 10—15% составляют опухоли, относимые к группе недифференцированных форм рака щитовидной железы (мелкоклеточный, полиморфно-гигантоклеточный, веретенноклеточный, плоскоклеточный рак). Эта клинко-морфологическая классификация, разработанная рядом онкологических учреждений (Институт экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР, МНИОИ имени П. А. Герцена, Ленинградский онкологический институт имени Н. Н. Петрова), опубликована Комитетом по изучению опухолей головы и шеи. В настоящее время она используется большинством отечественных онкологов (А. И. Пачес, Р. М. Пропп, Е. С. Киселева, Н. И. Никитина, Е. А. Валдина, В. А. Крыжановский и др.). Близкими по построению классификациями пользуются и зарубежные авторы.

Рак щитовидной железы чаще наблюдается у женщин (соотношение составляет 1:3,5). Основное число поражений (более 60%) приходится на возраст 20—49 лет.

Около 6% злокачественных опухолей щитовидной железы наблюдается в детском (до 15 лет) возрасте, причем обычно наблюдаются высокодифференцированные (папиллярные) формы рака.

Злокачественные опухоли щитовидной железы отличаются большим разнообразием клинических проявлений, течения и прогноза. Известны особенности их метастазирования (как лимфогенного, так и гематогенного), что связано с лимфообращением в щитовидной железе. Как орган внутренней секреции щитовидная железа имеет обильную лимфатическую систему. Достаточно указать, что количество отводящих лимфатических сосудов достигает 38 и более (Н. А. Семина, 1961). Отводящие лимфатические сосуды, короткие и длинные, проникают через капсулу щитовидной железы и идут к различным группам лимфатических узлов шеи. Так, короткие сосуды обычно сразу же впадают в ближайшие предгортанные и паратрахеальные лимфатические узлы. Длинные лимфатические сосуды из верхнего полюса щитовидной железы выходят в виде пучка и веером расходятся к узлам шейной цепочки. Из нижнего полюса щитовидной железы, отводящие лимфатические сосуды идут к нижним глубоким шейным пре- и паратрахеальным лимфатическим узлам. От верхней части перешейка отводящие лимфатические сосуды идут к предгортанным или к узлам средней группы глубокой шейной цепочки (средние яремные узлы). Отдельные отводящие лимфатические сосуды идут от различных участков долей щитовидной железы к узлам глубокой шейной цепочки. Обычно отводящие лимфатические сосуды щитовидной железы пересекают по передней поверхности сосудисто-нервный пучок шеи и очень редко проходят позади от сосудисто-нервного пучка шеи (Ю. Н. Андрюшин, Ю. Е. Выренков, 1967).

Отмеченные особенности лимфообращения можно связать с высокой частотой лимфогенного метастазирования, наблюдаемого при различных формах рака этого органа. При этом в 10,5% (Р, М. Пропп, 1971) – 18,2%¹ (Clark e. a., 1967) наблюдается так называемый скрытый рак, когда клинически выявляются метастазы в лимфатических узлах шеи (существующие иногда 10 и более лет), а первичная опухоль в щитовидной железе остается недоступной для выявления существующими диагностическими методами. Ее существование

нередко подтверждается лишь операционными находками и гистологическим исследованием. Лимфогенные метастазы с поражением лимфатических узлов шеи при высокодифференцированных формах рака (папиллярных, фолликулярных) наблюдаются примерно в 40% наблюдений (Е. С. Киселева, Р. М. Пропп, Е. А. Валдина). При опухолях средней степени дифференцировки (солидный рак с амилоидом стромы, рак из клеток Ашкинази-Гюртля и др.) метастазы в лимфатических узлах шеи отмечаются в 80%,

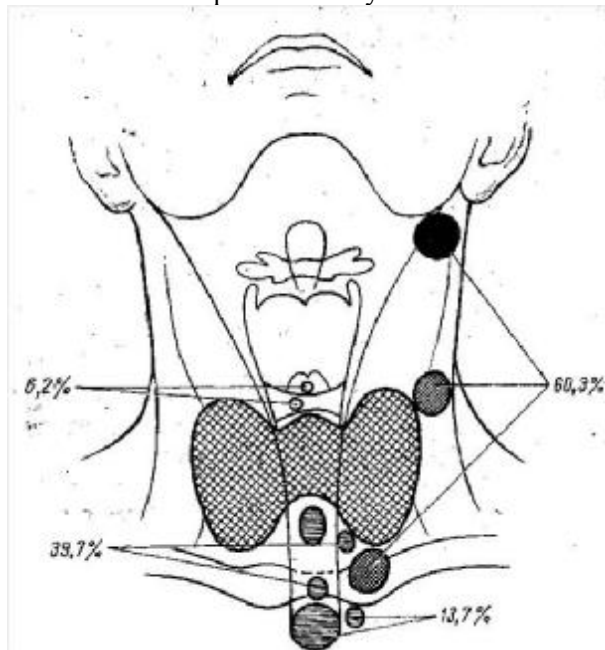


Рис. 22. Частота метастазов рака щитовидной железы в различные группы лимфатических узлов (по Е. С. Киселевой).

Следует также указать на разную степень поражения метастазами различных групп лимфатических узлов. Так, по данным Б. С. Киселевой (1972), метастазы в лимфатических узлах яремной (глубокой шейной) цепочки наблюдались у 60,3% больных. В 39,7% были поражены околотрахеальные лимфатические узлы, в 6,2% — окологортанные, а в 13,7% — лимфатические узлы передне-верхнего средостения (рис. 22). Преимущественное поражение тех или других узлов и их групп зависит от локализации опухоли в щитовидной железе, что необходимо учитывать при лечении как хирургическим, так и лучевым методом.

Наряду с лимфогенным регионарным метастазированием при раке щитовидной железы довольно часто обнаруживаются и отдаленные метастазы. Они локализуются преимущественно в легких и костях. Возможность развития отдаленных метастазов также следует учитывать при планировании лечения, в том числе и хирургического.

Показания к хирургическому лечению. Хирургическое лечение при раке щитовидной железы может применяться самостоятельно или как компонент комбинированного. Показания к тому или другому виду лечения при раке щитовидной железы основываются на клинико-морфологической форме опухоли, степени ее распространения (стадии), возрасте больного и его общем состоянии. При небольшом опухолевом узле и неуверенности в диагнозе рака, когда необходимо дифференцировать узловую зоб и рак, показано хирургическое лечение. При этом не следует производить энуклеацию, а нужно выполнить экстракапсулярную гемитиреоидэктомию. Желательно срочное гистологическое исследование, которое при подтверждении диагноза рака позволяет расширить операцию до субтотальной тиреоидэктомии с удалением перешейка. Лишь при папиллярных и фолликулярных формах рака у детей и юношей, если опухоль локализована в одной доле (I—IIa стадии), можно ограничить операцию экстракапсулярной гемитиреоидэктомией с удалением перешейка.

При папиллярных и фолликулярных формах рака щитовидной железы I и IIa стадий хирургическое лечение является методом выбора. При этом показана операция

экстракапсулярной субтотальной тиреоидэктомии с ревизией лимфатических узлов и удалением их при выявлении метастазов. При IIб стадии для папиллярных и фолликулярных форм рака может быть также рекомендовано хирургическое лечение в виде субтотальной тиреоидэктомии и фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи с одной или обеих сторон.

При более распространенных стадиях IIIа—IIIб) и особенно менее дифференцированных формах опухолей рекомендуется комбинированное лечение, при котором в первом этапе целесообразна предоперационная гамма-терапия в суммарной дозе 3500—4000 рад, а затем субтотальная (либо тотальная) тиреоидэктомия с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи с обеих сторон или операцией Крайля. В тех случаях, когда предоперационная лучевая терапия не проводилась, а при операции выявилась большая, чем предполагалась, степень распространенности опухолевого процесса (прорастание окружающих тканей, множественные метастатические узлы), имеет смысл провести послеоперационное облучение. Показания к хирургическому лечению могут быть и при IV стадии, когда имеются множественные отдаленные метастазы, а первичная опухоль и ее регионарные метастазы удалимы, и есть возможность воздействовать на метастазы радиоактивным йодом (^{131}I). В этом случае показана тотальная тиреоидэктомия с удалением регионарных метастазов. Таким образом, при раке щитовидной железы показаны следующие операции: 1) экстракапсулярная гемитиреоидэктомия с удалением перешейка щитовидной железы; 2) субтотальная резекция щитовидной железы; 3) тиреоидэктомия.

Каждый из указанных видов операций при показаниях может сочетаться либо с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи, либо с операцией Крайля (в вариантах для рака щитовидной железы).

Экстракапсулярная гемитиреоидэктомия с удалением перешейка¹

Положение больного – на спине, с валиком под плечами и «баранкообразной» подушкой под головой. Воротничкообразный разрез кожи проводят на 2—3 см выше яремной вырезки от наружного края грудино-ключично-сосцевидной мышцы одной стороны до наружного края этой мышцы другой стороны (рис. 23). После рассечения фасции, перевязки и пересечения вен обнажают передние мышцы (грудино-подъязычная и грудино-щитовидная) и пересекают с прошиванием культей их кетгутом (рис. 24). Обнажают щитовидную железу и производят ревизию ее (осмотр и пальпация). Выделение доли, в которой определяется опухолевый узел, начинают с верхнего полюса. При этом выделяют верхнюю щитовидную артерию, перевязывают у верхнего полюса доли и пересекают. Для выделения нижнего полюса следует обнажить и выделить клетчатку вдоль стенки трахеи (при отведенной впереди и медиально доле железы). В клетчатке могут быть мелкие метастатические лимфатические узлы, которые следует включать в блок удаляемых тканей. Обнажение и выделение клетчатки позволяет также увидеть возвратный нерв (рис. 26).

Ориентируясь на его топографию, выделяют, перевязывают и пересекают нижнюю щитовидную артерию. При этом не следует травмировать нерв, нужно только проследить его ход до места, где он проникает в гортань. Перевязав капсулярные вены, долю полностью вывихивают в рану и выделяют перешеек. Для этого его следует острым путем отсечь от трахеи. На перешеек вблизи другой доли накладывают зажим и удаляют блок тканей, состоящий из удаляемой доли с перешейком и претрахеальной клетчаткой

После дополнительного гемостаза к ложу доли железы подводят резиновый выпускник и сшивают передние мышцы шеи, подкожную мышцу, а затем кожу.

Еще до ушивания раны хирург должен изучить препарат макроскопически – осмотреть удаленную долю на разрезе, осмотреть удаленные лимфатические узлы. В тех случаях, когда диагноз неясен, желательнее произвести срочное гистологическое исследование. Если при этом выявлен рак высокодифференцированного строения (папиллярный, фолликулярный), следует провести ревизию зоны сосудистого пучка.

¹ В настоящее время при всех видах операций по поводу рака щитовидной железы следует отдавать предпочтение интубационному наркозу»



Рис. 23. Схематическое изображение разреза кожи для операции на щитовидной железе и одновременного фасциально-фуглярного иссечения шейной клетчатки с одной стороны (справа).

Если нет увеличенных лимфатических узлов и вторая доля не изменена, операцию на этом можно закончить. При обнаружении уплотнений во второй доле операцию следует расширить до субтотальной резекции или тиреоидэктомии. То же следует выполнить и при обнаружении гистологически опухолей меньшей степени дифференцировки. Если обнаруживаются увеличенные лимфатические узлы в зоне сосудистого пучка или в паратрахеальной клетчатке, следует произвести фасциально-фуглярное иссечение клетчатки с узлами. Техника этой операции будет описана ниже.

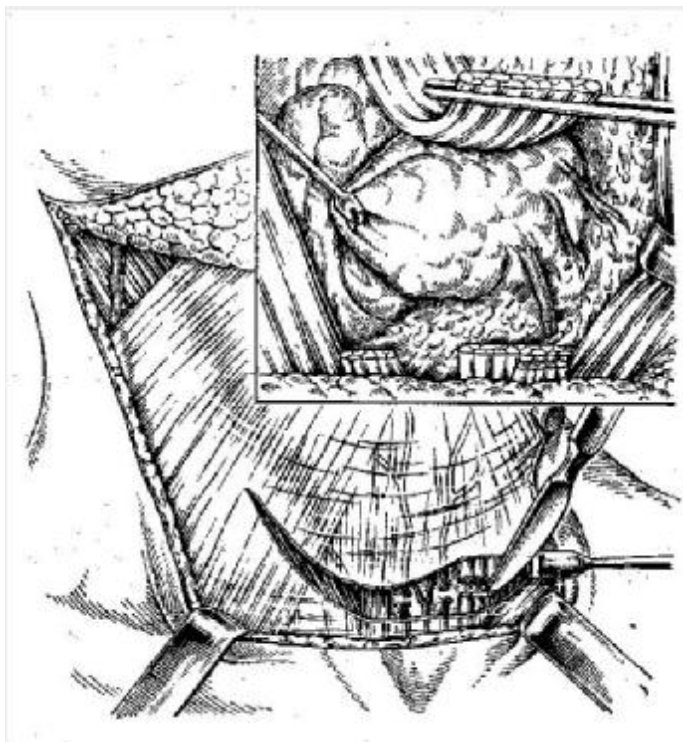


Рис. 24. Пересечение подкожной мышцы и передних мышц шеи.

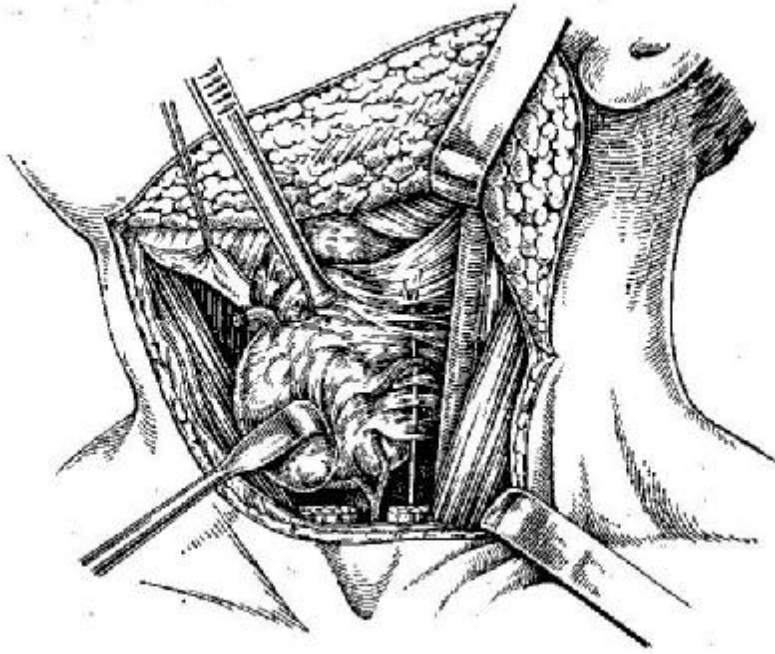


Рис. 25. Выделение левой доли щитовидной железы и ход левого возвратного нерва.

Трудным является вопрос о тактике при обнаружении рака щитовидной железы после операций, выполненных по поводу предполагаемых доброкачественных процессов в щитовидной железе (аденомы, узловые зобы) без срочного гистологического исследования. Производить ли повторное оперативное вмешательство? В какие сроки после первой операции? Ставить ли показания к лучевой терапии? Круг вопросов, возникающих в подобных ситуациях, может быть очень широк. В соответствии с этим не может быть и однотипного ответа на эти вопросы.

Если гистологически установлена высокодифференцированная форма рака (папиллярные, фолликулярные структуры) и при первой операции выполнена гемитиреоидэктомия, если больной молод, правильным будет решение о выжидательной тактике с тщательным наблюдением. При явно нерадикальном оперативном вмешательстве (энуклеация, экономная резекция при значительном опухолевом узле) или менее дифференцированной форме рака (солидный рак с амилоидозом стромы, рак из клеток Ашкинази-Гюртля и др.) целесообразно предпринять повторное оперативное вмешательство, выполнив тотальную тиреоидэктомию. Наконец, при низкодифференцированных формах опухоли возникают показания к проведению лучевой терапии (предоперационной) и повторной операции.

Субтотальная резекция щитовидной железы

Показанием к операции этого вида являются II—III стадии высокодифференцированных форм рака щитовидной железы. При наличии метастазов в лимфатических узлах шеи операцию следует сочетать с их удалением. В настоящее время операция субтотальной резекции является наиболее часто выполняемой в случаях дооперационной диагностики рака щитовидной железы.

Разрез кожи и доступ к щитовидной железе такие же, как при операции гемитиреоидэктомии с удалением перешейка. Следует еще раз подчеркнуть важность широкого доступа к щитовидной железе. После выделения

Доли железы с очагом опухоли, выделения перешейка хирург переходит на другую сторону и выделяет верхний полюс другой доли. Проведя ревизию, определяют участок, где пальпаторно отсутствуют изменения в железе. После перевязки и пересечения верхней щитовидной артерии и вывихивания доли в рану выделяют претрахеальную клетчатку другой стороны и перевязываются и пересекаются нижние щитовидные сосуды. Неизмененную ткань

доли оставляют, для чего на долю накладывают зажимы и резецируют ее. Оставляемая часть обычно имеет объем 1,5—2 см³. Проводят тщательный гемостаз.

Далее решается вопрос о необходимости удаления лимфатических узлов на основании пальпаторного и визуального определения их по ходу сосудистого пучка шеи.

Тиреоидэктомия

Этот тип операции приходится выполнять при обнаружении множественных узлов в железе или при распространении опухоли с одной доли на другую, т. е. при обширных первичных опухолях и особенно при поражении анатомических структур за пределами щитовидной железы (прорастание передних мышц, прорастание клетчатки или мышечного слоя пищевода, интимное спяние с трахеей и др.).

Учитывая степень распространенности процесса тиреоидэктомию, как правило, приходится сочетать с одно- или двусторонним удалением лимфатических узлов шеи, пораженных метастазами (см. рис. 23). При выполнении тиреоидэктомии следует особенно внимательно проследить топографические особенности возвратных нервов, по возможности сохранить паращитовидные железы (рис. 26). Технические особенности операции такие же, как и при субтотальной резекции, но выделение второй доли производится в полном объеме экстракапсулярно. При интимном спянии опухоли со стенкой трахеи следует электроножом отсечь опухоль, а ложе ее на трахее подвергнуть электрокоагуляции. При врастании опухоли в передние мышцы их следует удалить в одном блоке со щитовидной железой.

При спянии опухоли со стенкой пищевода опухоль удаляют с иссечением мышечных слоев стенки пищевода и наложением швов на дефект.

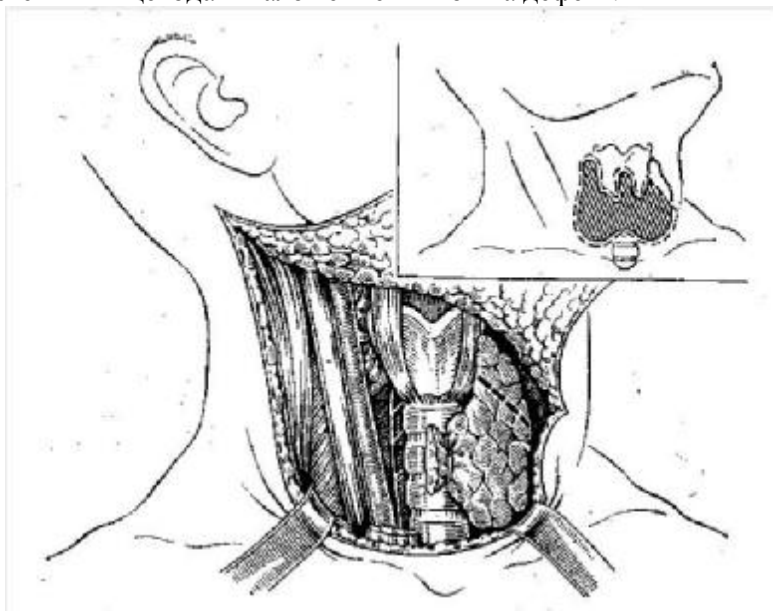


Рис. 26. Гемитиреоидэктомия. Удалена правая доля и перешеек с лимфатическими узлами и клетчаткой вдоль сосудистого пучка.

При обширном распространении процесса (врастание опухоли в просвет трахеи, прорастание всех слоев стенки пищевода, что должно документироваться до операции) мы не склонны производить расширенные операции удаления щитовидной железы вместе с трахеей, гортанным или шейным отделом пищевода. При подобном распространении (IV стадия – T4) в большей степени показана паллиативная лучевая терапия. После выполнения тиреоидэктомии, особенно расширенной, может возникнуть необходимость наложения трахеостомы. Она также показана при повреждении возвратного нерва одной стороны и травматическом выделении нерва – с другой, а также после травматичной операции одномоментного удаления щитовидной железы и лимфатических узлов шеи.

Отдельные авторы (Н. П. Маслов, 1966) высказывались о целесообразности выполнения тиреоидэктомии при всех формах и стадиях рака щитовидной железы (это не относится к детям и

юношам). Однако в настоящее время более обоснован дифференцированный подход к решению вопроса об объеме оперативного вмешательства на первичной опухоли,

Как указывалось выше, любой из описанных видов операций на щитовидной железе при раке этого органа по показаниям может сочетаться с операцией удаления лимфатических узлов шеи. В настоящее время вопрос об их удалении решается положительно при выявлении увеличенных, пораженных метастазами (что в ряде случаев подтверждается данными цитологического исследования) или подозрительных в этом отношении лимфатических узлов. От превентивного удаления лимфатических узлов при раке щитовидной железы большинство авторов (С. А. Холдин, 1962; А. И. Раков, Р. И. Вагнер, 1969; А. И. Пачес, Р. М. Пропп, 1972; Е. С. Киселева, 1972, и др.) в настоящее время отказываются. Операции удаления регионарных лимфатических узлов шей могут носить характер операции Крайля (последние пропагандируются А. И. Раковым и Р. И. Вагнером) или фасциально-футлярного иссечения шейной клетчатки (Н. П. Маслов, А. И. Пачес, Р. М. Пропп, Е. Г. Матякин). При том и другом типе особенностью их в вариантах, применяемых при раке щитовидной железы, является отказ от удаления подчелюстных и подбородочных лимфатических узлов в связи с крайне редким метастазированием рака щитовидной железы в лимфатических узлах этих зон.

Фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки

Эту операцию следует выполнять при подозрении на метастазы при определяемых одиночных, а также множественных подвижных метастазах. Она может быть произведена с одной стороны или одновременно с обеих сторон. При одновременном выполнении ее с удалением щитовидной железы мы в большинстве случаев начинаем операцию с удаления первичного очага, а затем удаляем, лимфатические узлы и клетчатку шеи.



Рис. 27. Разрезы кожи при операции Крайля справа в варианте для щитовидной железы. (Р. И. Вагнер, 1969).

Разрез кожи при положении больного на спине, с валиком под лопатками проводят от сосцевидного отростка по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы и далее над яремной вырезкой до переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы другой стороны (см. рис. 23). Если предполагается произвести операцию с двух сторон, то на второй стороне разрез продлевают вверх по заднему краю мышцы, также до сосцевидного отростка. В отдельных случаях (при короткой шее у тучных больных, при локализации метастазов преимущественно в боковом треугольнике шеи) целесообразно пользоваться двойным звездчатым разрезом по Р. И. Вагнеру (рис. 27). Кожные лоскуты отпрепаровывают внизу до ключицы, снаружи – до края трапециевидной мышцы, вверху – до подъязычной кости и на другой стороне – до переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Подкожную мышцу включают в блок удаляемых тканей, для чего ее рассекают в границах отпрепарованных кожных лоскутов. После рассечения грудино-подъязычных и язычно-щитовидных мышц и проведения операции на щитовидной железе по одному из описанных выше вариантов рассекают листок фасции над задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы и последнюю выделяют из фасциального футляра на всем протяжении от ключицы до сосцевидного отростка. Наружную яремную вену перевязывают и пересекают. Начиная от ключицы вниз и от края трапециевидной мышцы сзади,

мобилизуют до лестничных мышц клетчатку бокового треугольника шеи. Лопаточно-подъязычную мышцу пересекают. Выделенную клетчатку подводят под грудино-ключично-сосцевидную мышцу, которую максимально отводят крючком Фарабефа кзади. Рассекая фасцию над ключицей, обнажают внутреннюю яремную вену и выделяют вдоль нее клетчатку с лимфатическими узлами до уровня границы верхней и средней третей шеи. В вернем углу раны выделяют нижний полюс околоушной железы, перевязывают и пересекают заднюю лицевую и ушную вены и обнажают заднее брюшко двубрюшной мышцы. Отведя брюшко вверх, а грудино-ключично-сосцевидную мышцу кнаружи, выделяют добавочный нерв там, где он выходит из-под заднего брюшка. Клетчатку кзади и кнаружи от нерва мобилизуют и вывихивают под нерв. Ее включают в общий блок удаляемых тканей. Заканчивают выделение клетчатки вдоль внутренней яремной вены, при этом сохраняют подъязычный нерв. Общую лицевую вену перевязывают и пересекают. Выделенную клетчатку удаляют вместе с верхним брюшком лопаточно-подъязычной мышцы, отсекаемым у места прикрепления к подъязычной кости.

Как видно, отличительным в варианте фасциально-футлярного иссечения шейной клетчатки при раке щитовидной железы является сохранение подчелюстной слюнной железы, подчелюстного и подбородочного лимфатических барьеров. При показаниях (определение явных метастатических и подозрительных на метастазы лимфатических узлов) аналогичную операцию выполняют и с другой стороны, для чего хирург меняет место, а голову больного максимально отводят в противоположную сторону.

Операция Крайля

При раке щитовидной железы эта операция показана, по нашим данным, при наличии метастатических узлов, спаянных с мышцей или веной, их ограниченной подвижности, либо при очень крупных и множественных метастатических узлах. Объем удаляемых тканей увеличивается за счет включения в блок грудино-ключично-сосцевидной мышцы и внутренней яремной вены. Как и при фасциально-футлярном иссечении, подчелюстной футляр с подчелюстной слюнной железой и лимфатическими узлами не удаляют. Тип операции на щитовидной железе определяется индивидуально.

Из кожных разрезов наиболее удобным является звездчатый по Р. И. Вагнеру, хотя многие хирурги выполняют операции из разреза Мартина. Кожные лоскуты отпрепаровывают в тех же границах, что и при фасциально-футлярном иссечении, т. е. кзади до края трапециевидной мышцы, книзу – до ключицы, кверху — до подъязычной кости и на другой стороне – до внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Рассекая фасцию и подкожную мышцу над ключицей, выделяют и пересекают латеральную и медиальную ножки грудино-ключично-сосцевидной мышцы, а затем выделяют и перевязывают внутреннюю яремную вену (к этому этапу уже пересечены передние мышцы и выполнен тот или другой вариант операции на щитовидной железе). Над ключицей выделяют клетчатку до передней яремной вены. Лопаточно-подъязычную мышцу пересекают, клетчатку выделяют до края трапециевидной мышцы. Выделенный надключичный футляр тканей приподнимают и отводят вверх и кпереди. Выделяют внутреннюю яремную вену. В верхнем углу раны обнажают нижний полюс околоушной железы, перевязывают и пересекают задние лицевые и ушную вены и обнажают заднее брюшко двубрюшной мышцы. Отсекают грудино-ключично-сосцевидную мышцу от сосцевидного отростка, выделяют и перевязывают вену под задним брюшком двубрюшной мышцы и доводят выделение блока тканей по подъязычной кости. При этом выделяют и прослеживают ход подъязычного нерва, отсекают переднее брюшко лопаточно-подъязычной мышцы и удаляют блок тканей. В него может быть включена и ранее выделенная, но не удаленная щитовидная железа (оставляемая на верхней щитовидной артерии).

Осложнения. После операций по поводу рака щитовидной железы осложнения могут быть связаны с повреждением гортанных нервов, удалением околощитовидных желез, кровотечением и др. Частота повреждений возвратных нервов при операциях на щитовидной железе колеблется

от 0,1 до 12%. Чаще это осложнение бывает при повторных операциях. По данным клиники Мейо (1963), паралич голосовых складок наблюдался в 17% (при повторных операциях). Частота тетании, по данным литературы, наблюдается в 0,1—2% операций на щитовидной железе. На 939 операций И. С. Брейдо (1969) наблюдал 4 случая тетании (0,4%), в одном случае — при повторной операции по поводу рака.

Другие осложнения связаны не столько с операцией на щитовидной железе, сколько с удалением метастазов. Так, на 109 операций (76 фасциально-фуллярных удалений шейной клетчатки и 33 операции Крайля) в 3 случаях имели место повреждение подъязычного нерва, в 3 — ранения грудного протока.

Результаты лечения при раке щитовидной железы в значительной степени зависят от формы опухоли и степени распространения опухолевого процесса. Так, по данным А. П. Маслова (1966), 6 лет прожили 24,5% больных. В то же время еще в 1959 г. Veahrs и Wollpeg указывали, что 97% оперированных больных жили свыше 5 лет, а 72% — более 15 лет. Последнее связано с разными формами опухолей и степенью распространения процесса.

По сводным данным можно заключить, что более 80% больных с высокодифференцированными формами рака (папиллярные, фолликулярные) переживают пятилетний срок. В то же время из числа больных с низкодифференциальными формами, рака лишь 6% переживают этот срок.