

## Внесла ли 8-я редакция TNM классификации существенные изменения в комплексное лечение больных дифференцированным раком щитовидной железы? Дискуссия с Президентом IFHNOS

А.Ф. Романчишен, К.В. Вабалайте, Ф.А. Романчишен, Е.А. Тымкив

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ (зав. – д.м.н. проф. А.Ф. Романчишен) Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, Россия  
Контакты: Романчишен Анатолий Филиппович – e-mail: afromanchishen@mail.ru

## Did the 8th edition of TNM classification bring any significant changes in the complex treatment of patients with differentiated thyroid cancer? Discussion with the President of IFHNOS

A.F. Romanchishen, K.V. Vabalaite, F.A. Romanchishen, E.A. Tymkiv

Department of Hospital Surgery with traumatology and military field surgery courses (headed by Prof. AF Romanchishen, MD) St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia  
Contacts: Anatoly Romanchishen – e-mail: afromanchishen@mail.ru

Doi: 10.25792/HN.2018.6.2.63–68

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

**Материал и методы.** В клиниках кафедры в период с 1973 по 2015 г. были прооперированы 29 325 человек с различной тиреоидной патологией, в т.ч. РЩЖ – 4353 (14,8%). За 42-летний период работы в хирургическом лечении произошли существенные изменения. Мы разделили больных на 3 группы: 1-я группа (1 период) – с 1973 по 1988 г. прооперированы 604 больных; 2-я группа (2 период) – с 1989 по 1997 г. прооперированы 652 больных; 3-я группа (3 период) – с 1998 по 2015 г. прооперированы 3097 больных. С 1973 по 1988 г. применялись органосберегательные операции при папиллярной, фолликулярной и спорадической медуллярной карциномах T1, T2 и T3. Выполнялась ревизия 3–6-й групп лимфоузлов, их биопсия, центральная лимфаденэктомия (ЦЛАЭ), боковая лимфаденэктомия (БЛАЭ). Начиная с 1989 г. число тиреоидэктомий выросло в 2 раза (53,0 против 26,2%). Это обусловлено возможностью контролировать диссеминацию и рецидивирование РЩЖ по уровню стимулированного тиреоглобулина и ТТГ (тиреотропный гормон) – супрессивного лечения тироксином. С 1998 г. операция на ЩЖ у каждого больного дополнялась ЦЛАЭ под визуальным контролем, а также интраоперационным мониторингом возвратного гортанного нерва (с 2000 г.) и околощитовидных желез.

**Результаты и обсуждение.** После лечебной и профилактической ЦЛАЭ у 3069 больных выявлены метастазы РЩЖ в 33,9%. В результате БЛАЭ кроме ожидаемых дополнительно обнаружены фокусы рака в 60–80% наблюдений. Число ЦЛАЭ в последние 10 лет доведено до 89,9%. Тиреоидэктомия с ЦЛАЭ после 1998 г. снизила число парезов мышц гортани с 1,6 до 0,26%. После 1998 г. число повторных метастазов РЩЖ уменьшилось с 0,5 до 0,27%, что значительно ( $p > 0,05$ ) меньше, чем при операциях, не сопровождавшихся ЦЛАЭ (1,4%). Под наблюдением не менее 10 лет находятся 1102 из 1298 оперированных лиц в 1989 г. и позже. Наблюдение в течение 5–10–20 лет показало, что метастазы РЩЖ в зонах отрицательной биопсии макроскопически неизменных лимфоузлов 3–6-й групп имели место в дальнейшем лишь в 1,5% наблюдений. Таким образом, совершенствование тактики и техники хирургического лечения больных дифференцированным РЩЖ обеспечило улучшение непосредственных и отдаленных результатов.

**Заключение.** Приведенные 40-летние результаты лечения больных РЩЖ продемонстрировали улучшение непосредственных и отдаленных результатов. Дискуссия с соавтором 8-го варианта TNM классификации в значительной степени возвращает нас к тем канонам, которых мы придерживались при лечении больных дифференцированным РЩЖ в 80–90 гг. прошлого века, но в значительной степени отказались от них по ряду приведенных актуальных соображений.

**Ключевые слова:** рак щитовидной железы, TNM классификация.

### Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источник финансирования. Не указан.

**Для цитирования:** Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В., Романчишен Ф.А., Тымкив Е.А. Внесла ли 8 редакция TNM классификации существенные изменения в комплексное лечение больных дифференцированным раком щитовидной железы? Дискуссия с Президентом IFHNOS. Голова и шея = Head and neck. Russian Journal. 2018;6(2):63–68

Авторы несут ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов.

#### ABSTRACT

**Materials and methods.** From 1973 to 2015, 29 325 patients with various thyroid diseases were operated in different clinics of our department, 4353 (14.8%) of them had thyroid cancer. A 42-year period of work revealed significant changes in surgical tactics. We divided all the patients into 3 groups: 1st group (1 period) – from 1973 to 1988, 604 patients; 2nd group (2 period) – from 1989 to 1997, 652 patients operated; 3rd group (3 period) – from 1998 to 2015, with 3097 patients operated.

From 1973 to 1988, organ sparing surgeries were applied for papillary, follicular and sporadic medullary carcinomas T1, T2, and T3. The revision of the III–VI groups of cervical lymph nodes, their biopsy, central lymphadenectomy (CLAE), lateral lymphadenectomy (LLAE) were also performed. Since 1989, the number of thyroidectomies has doubled (53.0 versus 26.2%) due to the ability to control the dissemination and recurrence of thyroid cancer by the level of stimulated thyroglobulin and TSH (thyroid-stimulating hormone), suppressive treatment with thyroxine. Since 1998, the operation on the thyroid in each patient was supplemented by CLAE under visual control, as well as by intraoperative monitoring of the recurrent laryngeal nerve (since 2000) and parathyroid glands.

**Results.** The therapeutic and prophylactic CLAE led to metastases detection in 33.9% among 3069 patients with thyroid cancer. LLAE revealed additional cancer focuses in 60–80% of cases. The number of the CLAE within the last 10 years has been increased up to 89.9%. Thyroidectomy with CLAE reduced the number of patients with laryngeal muscles paresis from 1.6 to 0.26% after 1998. Also, since 1998 the distant relapse rate decreased from 0.5 to 0.27%, which was significantly ( $p > 0.05$ ) less than after surgeries with no CLAE (1.4%). 1102 of 1298 patients who underwent surgery since 1989 were followed up for 10 years and more. Five, ten, and twenty years of observation showed that regional recurrences within the zones of negative biopsy (III–VI levels of lymph nodes) occurred only in 1.5% of cases. Thus, improving the surgical tactics and techniques in patients with differentiated thyroid cancer ensured the improvement of immediate and long-term results.

The 40-year results of thyroid cancer patients' treatment demonstrated an improvement in immediate and long-term results. Discussion with the co-author of the 8th edition of TNM classification returns us to those canons that we used in the 1980–90s, but mostly abandoned due to a number of relevant reasons.

**Key words:** thyroid cancer, TNM classification.

#### Authors declare no conflict of interests for this article.

Source of financing. Unspecified.

**For citations:** Romanchishen A.F., Vabalaite K.V., Romanchishen F.A., Tymkiv E.A. Did the 8th edition of TNM classification bring any significant changes in the complex treatment of patients with differentiated thyroid cancer? Discussion with the President of IFHNOS.

Golova I Sheya = Head and neck. Russian Journal. 2018;6(2):63–68 (in Russian).

The authors are responsible for the originality of the presented data and the possibility of publishing illustrative material – tables, drawings, photographs of patients.

## Введение

Представления о рациональности объема операций на щитовидной железе (ЩЖ), регионарных лимфоузлах, обоснованности применения радиоiodтерапии у больных раком щитовидной железы (РЩЖ) периодически меняются. Определяющими патогенетическими факторами течения и прогноза РЩЖ являются его морфологическая форма, стадия процесса (по классификации Международного противоракового союза, на основе TNM-критериев и возраста пациентов), адекватность хирургического вмешательства, применение радиоiodтерапии и ее эффективность [8]. Преимущественно местный рост большинства опухолей ЩЖ определяет главенствующую роль хирургического метода в лечении этих больных.

Несмотря на успехи современной онкологии некоторые вопросы тактики лечения больных РЩЖ до сих пор остаются противоречивыми или недостаточно изученными. Их обоснованность нуждается в изучении. Достаточно сказать, что до сего времени продолжается оживленная дискуссия по вопросам объема первичной операции при дифференциро-

ванных РЩЖ, несмотря на то что в мире накоплен большой коллективный опыт хирургического лечения этих больных [2, 4, 6]. Максимальное хирургическое удаление опухолевой ткани дает надежду на выздоровление пациента или выраженный паллиативный эффект [3, 5]. Авторы, однако, расходятся во мнениях об объеме вмешательства на железе, отношении к вмешательствам на регионарных лимфатических коллекторах, необходимости дополнительных методов терапии. Важнейшим аргументом в пользу органосберегательных операций на железе является независимая система лимфообращения в каждой доле железы [1, 3, 7, 12]. При этом мнение других авторов состоит в том, что подобная тактика допустима лишь при т.н. «минимальных» опухолях (диаметром до 1 см), в связи с высокой частотой рецидивов после гемитиреоидэктомий и частым мультицентрическим ростом опухолей [9, 13, 16]. С другой стороны, некоторые авторы придерживаются еще более агрессивного подхода и рекомендуют во всех случаях дополнять хирургическое лечение (тиреоидэктомию – ТЭ) применением радиоактивного I<sup>131</sup>.

Еще более неопределенным является вопрос лечения больных РЩЖ с регионарными метастазами. При дифференцированных карциномах ЩЖ частота метастазирования в шейные лимфоузлы относительно высока и составляет, по данным литературы, 9–90% [4, 5, 11, 14]. Причем размеры первичной опухоли незначительно влияют на частоту регионарных метастазов, которые нередко обнаруживаются даже при микроскопических размерах очага. Но регионарные метастазы дифференцированных карцином ЩЖ, подобно первичной опухоли, отличаются относительно медленным ростом и сохраняют зависимость от уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови. Вероятно поэтому ряд авторов используют выжидательную тактику и удаляют метастазы в шейные лимфоузлы по мере их появления. Некоторые авторы выполняют лимфаденоэктомию (ЛАЭ) профилактически во всех случаях РЩЖ [14, 15].

Таким образом, актуальность проблемы обусловлена отсутствием единой обоснованной тактики лечения больных дифференцированным РЩЖ с регионарными метастазами, а также отсутствием надежных и в то же время простых методов их ранней диагностики. Следует также отметить неопределенность в вопросе объема ЛАЭ при дифференцированных формах РЩЖ.

## Материал и методы

В клиниках кафедры в период с 1973 по 2015 г. прооперированы 29 325 человек с различной тиреоидной патологией, в т.ч. РЩЖ – 4353 (14,8%). Число оперированных больных неуклонно росло (от 138 до 1204 в год), так же как и число пациентов РЩЖ (от 11 до 233 в год). Однако доля онкологических больных увеличивалась значительно быстрее (с 6,7% в 1973–1977 гг. до 31,3% в 2001–2012 гг.). Сопоставление динамики увеличения численности этой группы пациентов в нашем городе и Беларуси показало полное совпадение времени начала подъема кривых заболеваемости в этих двух регионах (1990). Данное обстоятельство позволяет предполагать радиоиндуцированный характер роста числа больных РЩЖ в Санкт-Петербурге после аварии на Чернобыльской атомной электростанции. Изучение морфологической структуры карцином ЩЖ у 1892 оперированных показало, что в Северо-Западном регионе России, где расположен Санкт-Петербург, преобладал папиллярный рак (54,6%). Фолликулярные карциномы диагностированы в 30,8%, медуллярные – в 5,0% и анапластические – в 9,6% наблюдений. Регионарные метастазы папиллярного рака выявлены в 32,2%, фолликулярного – в 25,3%, медуллярного – в 68,3% наблюдений. В течение анализированного времени соотношение гистологических форм РЩЖ трансформировалось, но в основном за счет папиллярного и фолликулярного рака. Относительное количество первых увеличилось с 49,5 до 61,3%, а вторых снизилось с 37,2 до 23,2%. Это можно объяснить изменением в международной морфологической классификации РЩЖ, где в течение последнего времени папиллярно-фолликулярный рак отнесен к папиллярной форме опухоли. Частота медуллярной и анапластической карцином остается стабильной на протяжении более чем 30 лет (примерно 5,0 и 9,1% соответственно).

Так как за 42-летний период нашей работы в диагностике, тактике и технике хирургического лечения больных РЩЖ произошли существенные изменения, мы, в соответствии с ними, разделили больных на 3 группы:

1-я группа (1 период) – с 1973 по 1988 г. прооперированы 604 больных;

2-я группа (2 период) – с 1989 по 1997 г. прооперированы 652 больных;

3-я группа (3 период) – с 1998 по 2015 г. прооперированы 3097 больных.

Начиная с первого периода (1973–1988), в клинике применялись органосберегательные операции при папиллярной, фолликулярной и спорадической медуллярной карциномах, соответствующих Т1, Т2 и Т3, если опухоль не распространялась дальше прилежащих к ЩЖ мышц и без отдаленных метастазов. Непременным условием было и остается полное удаление доли, содержавшей карциному. Полнота выполнения ТЭ в первое время контролировалась сцинтиграфией шеи изотопами йода или технеция. Такой контроль позволил внести ряд изменений в технику операций. Начиная с 1980-х гг. операции на ЩЖ при раке мы дополняли хромотиореолимфографией, стали применять косметические доступы (змеевидный боковой).

Под визуальным контролем возвратного гортанного нерва (ВГН) выполнялась ревизия 3–6-й групп лимфоузлов, их биопсия (при макроскопически негативных лимфоузлах) или центральная лимфаденоэктомию (ЦЛАЭ) при наличии таковых. При Т1, Т2, Т3 вместе с N1a,b одновременно с гемитиреоидэктомией, субтотальной резекцией ЩЖ или ТЭ предпринимались ЦЛАЭ, ЦЛАЭ и боковая лимфаденоэктомию (БЛАЭ), операция Крайла (ОК), медиастинальная ЛАЭ при наличии метастазов РЩЖ в соответствующих группах лимфоузлов.

Ретроспективный анализ выбора объема вмешательства у больных РЩЖ показал, что переломным моментом для нашего Центра был 1989 г., начиная с которого число ТЭ стало неуклонно расти. В 2000-е гг. мы полностью удаляли тиреоидную ткань у больных дифференцированным РЩЖ в 2 раза чаще, чем в период с 1973 по 1988 г. (53,0 против 26,2%). Особенно отчетливо эта динамика прослеживалась при папиллярном раке, а также опухолях, соответствовавших Т3 и Т4. Чем это обусловлено? Тем, что не оправдала себя разумная органосберегательная тактика хирургического лечения, увеличилось число рецидивов рака? Выросла агрессивность рака? Ничего подобного мы не наблюдали. В первый период нашей работы опухоль на стадии Т1 выявлялась в 19,9%, Т2 – в 30,7%, Т3 – в 30,9% и Т4 – в 18,5%, а в последнее время (после 1989 г.) – в 32,4%, 25,9, 18,2 и 23,6% соответственно. Что же все-таки изменилось?

1. Постепенно выросла заболеваемость жителей Санкт-Петербурга, вероятно, радиоиндуцированным РЩЖ.
2. Появилась возможность контролировать диссеминацию и рецидивирование РЩЖ на доклиническом этапе с помощью определения уровня стимулированного тиреоглобулина после полного удаления тиреоидной ткани.
3. Стала более доступной и разумно аргументированной терапия радиойодом.
4. Применяется эффективное заместительное и ТТГ-супрессивное лечение тироксином, а не тиреоидином.

После 1991 г. всем больным РЩЖ в обязательном порядке выполнялась ЦЛАЭ под визуальным контролем ВГН. Для выявления скрытой диссеминации и рецидивирования, а также обоснованного применения радиойодтерапии определяли стимулированный уровень тиреоглобулина и антител к нему.

Рациональность представленной тактики лечения рассмотрена на опыте применения 1659 (47,4%) ЦЛАЭ и 657 (18,8%) БЛАЭ при дифференцированном РЩЖ.

## Результаты

ЦЛАЭ у 256 (15,4%) из 1659 больных РЩЖ предпринималась как лечебная и у 1403 как профилактическая процедура. Однако в 306 (21,8%) из 1403 наблюдений при гистологическом исследовании



довании в удаленных лимфоузлах были обнаружены метастазы и число лечебных ЦЛАЭ, таким образом, увеличилось до 562 (33,9%). После БЛАЭ, кроме ожидаемых, дополнительно были обнаружены фокусы рака в лимфоузлах 2–5-й групп в 60–80% наблюдений.

С 1998 по 2007 г. одновременно с ТЭ ЦЛАЭ предпринята 962 (67,7%) раза. Метастазы обнаружены в 404 (42,0%) случаях. На втором этапе хирургического лечения, реализованном в 14,9%, отпала необходимость работать в зоне ВГН. Регулярная ЦЛАЭ снизила (а не увеличила) частоту повреждения ВГН с 3,12 до 0,58% и околотитовидных желез – с 1,04 до 0,58%. Объясняется этот, казалось бы, парадоксальный факт тем, что выполнялась ЦЛАЭ после выделения в надключичной области ВГН. А дальнейшая его диссекция предпринималась снизу вверх под визуальным контролем, а также интраоперационным электрофизиологическим мониторингом функциональной полноценности ВГН (с 2000 г.).

Число ЦЛАЭ в последние 10 лет доведено до 89,9%. ТЭ с ЦЛАЭ после 1998 г. снизила число парезов мышц гортани с 1,6 до 0,26%. Уровень гипопаратиреоза сохранялся на прежнем уровне, так же как и число послеоперационных кровотечений (0,4–0,5%). После 1998 г. число рецидивов и повторных регионарных метастазов РЩЖ уменьшилось с 0,5 до 0,27%, что значительно ( $p > 0,05$ ) меньше, чем при операциях по поводу РЩЖ, не сопровождавшихся ЦЛАЭ (1,4%). Относительное количество интраоперационных повреждений добавочных нервов в течение 40 лет работы уменьшилось по периодам с 2,7% до 1,2 и 0,1% соответственно.

Под нашим наблюдением не менее 10 лет находятся 1102 (84,9%) больных РЩЖ, из 1298 оперированных в 1989 г. и позже. Изучение отдаленных (5–10–15 лет) результатов показало, что метастазы РЩЖ в зонах отрицательной биопсии макроскопически неизмененных лимфоузлов 3–6-й групп имели место в дальнейшем лишь в 1,5% наблюдений. Повторные метастазы после фасциально-футлярных диссекций (центральных и боковых шейных лимфаденэктомий) отмечены лишь у 4 (2,1%) больных, что отражает эффективность избранной тактики и техники лечения больных дифференцированным РЩЖ. Таким образом, совершенствование тактики и техники хирургического лечения больных дифференцированным РЩЖ обеспечило улучшение непосредственных и отдаленных результатов (А.Ф. Романчишен, 2009).

## Обсуждение

На протяжении последних 30 лет объем хирургических вмешательств у больных РЩЖ регулярно менялся в соответствии с TNM классификациями. В 8-й редакции (2017) в очередной раз предпринят ряд изменений, что требует внесения коррекции в диагностику, градацию объемов хирургических вмешательств, показания к комбинированному лечению и прогнозированию отдаленных результатов. На конгрессе по лечению больных раком органов головы и шеи 29–31 мая 2017 г. в Москве состоялся доклад и дискуссия по некоторым вопросам с одним из ведущих авторов 8-й редакции TNM классификации J. Shah. Обсуждались следующие изменения:

1. Все большие папиллярным РЩЖ должны быть оперированы.  
*С нашей точки зрения – нельзя с этим не согласиться.*

2. Возраст больных 55 лет – пограничный в определении прогноза.

*В отношении прогноза разница в возрасте больных 45 и 55 лет не имеет особого значения.*

3. Разделение T1 на T1a (до 1 см.) и T1b (от 1 до 2 см.).

*Частота отдаленных и регионарных метастазов, выживаемость оперированных больных показывает, что такое изменение не существенно.*

4. При T1 гемитиреоидэктомия и ТЭ дают одинаковые отдаленные результаты.

*Но гемитиреоидэктомия не позволяет на доклиническом этапе выявлять метастазы рака ЩЖ по уровню стимулированного тиреоглобулина.*

5. Завершающая лобэктомия не показана, если опухоль интра-тиреоидная, однополюсная, дифференцированная; противоположная доля не изменена; уровень прогностического риска низкий; при M0, N0 не нужна радиойодтерапия.

*Возражения те же. Кроме того, решения пунктов 4 и 5 должно приниматься совместно с пациентами.*

6. Онкорезультаты при однофокусном и многофокусном РЩЖ T1 сравнимы.

*Вопрос нуждается в уточнении (многофокусность в одной или двух долях, метастазы есть или нет?) и обсуждения.*

7. Отдаленные результаты по рецидивам, частоте локальных и отдаленных метастазов, онкоспецифической летальности при T1 и T2 сравнимы.

*В течение 1-го и 2-го периодов нашей практики мы уже применяли такой же объем вмешательств и при T1, T2, а иногда и T3 (если карцинома вросла лишь в собственную капсулу железы и прилежащие короткие мышцы шеи) и получали положительные результаты (А.Ф. Романчишен, 2009, 2017).*

*То есть, 8-й вариант TNM классификации РЩЖ в значительной степени возвращает нас к тем канонам, которых мы придерживались при лечении больных дифференцированным РЩЖ в 80–90 гг. и в значительной степени отказались от них по приведенным выше соображениям.*

8. Только значительное распространение РЩЖ на крупные мышцы и органы шеи (T3) отрицательно влияет на выживаемость больных.

*Нельзя с этим не согласиться.*

9. Необходимость избирательной ЦЛАЭ остается дискуссионной.

*С нашей точки зрения – нет. ЦЛАЭ у 256 (15,4%) из 1659 больных РЩЖ предпринималась как лечебная и у 1403 – как профилактическая процедура. Однако в 306 из 1403 профилактически удаленных лимфоузлах были гистологически обнаружены метастазы и число лечебных ЦЛАЭ, увеличилось до 562 (33,9%).*

10. Разделение больных по группам риска.

*Важный фактор для выбора программы лечения, опасности рецидивов, метастазов РЩЖ и летальности.*

11. Пункционная биопсия узлов ЩЖ и шеи не должна применяться у каждого пациента.

*Если узел доступен для пункции, а хирург и морфолог достаточно профессиональны, то исследование безопасно, информативно и его следует делать больным. Исключение составляют пациенты с диффузным токсическим зобом в связи с опасностью кровотечения и редкостью рака на этом фоне (около 2–2,5%).*

Курсивом отмечена точка зрения авторов по соответствующему вопросу.

## Заключение

Всех операбельных больных РЩЖ необходимо оперировать. В отношении прогноза возраст больных 45 и 55 лет не имеет значения. Значительно большую роль играют морфологиче-

ская структура и степень распространения опухоли. Разделение Т1 на Т1а и Т1в возражений не вызывает, если нет регионарных метастазов. При Т1 гемитиреоидэктомия, субтотальная резекция ЩЖ и ТЭ дают одинаковые отдаленные результаты, но решение об объеме операции должно приниматься совместно с пациентом после разъяснительной беседы о преимуществах и недостатках органосохранительных операций на ЩЖ при раке. Более того, в течение 1-го и 2-го периодов нашей практики мы уже применяли такой же объем вмешательств и при Т1, Т2 и получали положительные результаты. То есть, 8-й вариант TNM классификации РЩЖ в значительной степени возвращает нас к тем канонам, которых мы придерживались при лечении больных дифференцированным РЩЖ в 80–90 гг. прошлого века, но в значительной степени отказались от них по приведенным выше соображениям. Завершающая лобэктомия не показана, если опухоль интрапериоидная, однополюсная, дифференцированная и противоположная доля не изменена. Но лучше такую возможность предупреждать. Уровень прогностического риска у таких пациентов низкий. Онкологические результаты при однофокусном и многофокусном Т1 РЩЖ сравнимы, если выполнена ТЭ. Отдаленные результаты по частоте рецидивов, локальных (лимфогенных) и отдаленных метастазов, онкоспецифической летальности при Т1 и Т2 сравнимы. Только значительное распространение РЩЖ на мышцы и органы шеи (Т3) отрицательно влияет на выживаемость больных. Необходимость ЦПАЭ (неожиданно выявляющей до 35% метастазов РЩЖ) не является, с нашей точки зрения, вопросом дискуссионным. Как показывает 15–20-годичный опыт применения ЦПАЭ более чем у 3000 оперированных пациентов, лимфоузлы 6-й группы должны иссекаться у каждого больного РЩЖ. Разделение больных по группам риска (важнейшим фактором из которых является гистологическая структура карциномы) для выбора программы постхирургического лечения, предупреждения рецидивов, метастазов РЩЖ и летальности имеет очень большое значение. Применение радиойодтерапии должно быть жестко регламентировано уровнем стимулированного тиреоглобулина крови (10–15 нг/мл и выше) при невозможности хирургического удаления его источника.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер Р.И. Критерии подхода к диагностике и лечению рака щитовидной железы. Рак щитовидной железы (профилактика, заболеваемость): Тез. межгос. симпозиум. Псков, 1994. С. 23–25.
2. Пачес А.И., Любаев В.Л., Шенталь В.В. и др. Современное состояние проблемы лечения рака щитовидной железы. Вопросы онкологии. 1998;44(5):562–566.
3. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы. СПб., 1992. 258 с.
4. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб., 2009. 647 с.
5. Романчишен А.Ф., Багатурия Г.О., Вабалайте К.В., Сокуренок Г.Ю. Местно-распространенный рак щитовидной железы: диагностика, лечение, непосредственные и отдаленные результаты: учебное пособие. СПб., 2017. 175 с.
6. Романчишен А.Ф., Колосюк В.А., Багатурия Г.О. Рак щитовидной железы – проблемы эпидемиологии, этиопатогенеза и лечения. СПб., 2003. 256 с.
7. Семиков В.И. Прогностический индекс и выбор объема вмешательства у больных дифференцированным раком щитовидной железы. Дисс. канд. мед. наук. М., 1995.
8. Чисов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2000 г. (заболеваемость и смертность). М., 2002. 43 с.
9. Agarwal A., Mishra S.K. Completion total thyroidectomy in the management of differentiated thyroid carcinoma. Aust. N. Z. J. Surg. 1996;66(6):358–360.
10. AJCC Cancer Staging Manual. Springer International Publishing. 2017. 1032 p.
11. Csaky G., Balaza G., Lukacs G. Clinical data on the pathogenesis of minimal thyroid carcinoma and its relation to other thyroid disorders. Acta Endocrinol. 1983;102(Suppl. 252):47–48.
12. Deaconson T.F., Wilson S.D., Cerletty J.M., et al. Total and near-total thyroidectomy versus limited resection for radiation-associated thyroid nodules: A twelve-years follow-up of patients in a thyroid screening program. Surgery. 1986;100(6):1116–1120.
13. DeGroot L.J., Kaplan E.L., McCormic M., et al. Natural history, treatment, and course of papillary thyroid carcinoma. J. Clin. Endocr. Metab. 1990;2:414–424.
14. Iida F. Recent advances in surgical treatment of thyroid carcinoma. Nippon Geka Gakkai Zasshi. 1988;89(9):1343–1346.
15. Noguchi M., Kumaki T., Taniya T., et al. A retrospective study on the efficacy of cervical lymph node dissection in well-differentiated of the thyroid. Jpn. J. Surg. 1990;20(2):143–150.
16. Pasieka J.L., Thompson N.W., McLeod M.K., Burney R.E., Macha M. The incidence of bilateral well-differentiated thyroid cancer found at completion thyroidectomy. World J. Surg. 1992;16(4):711–716.

Поступила 15.11.17

Принята в печать 20.03.18

## REFERENCES

1. Wagner R.I. Criteria for the approach to diagnosis and treatment of thyroid cancer. Thyroid cancer (prevention, morbidity): Abstract book. Pskov, 1994. P. 23–25. (in Russ.).
2. Paches A.I., Lubaev V.L., Shental V.V. Current state of the problem of thyroid cancer treatment. Voprosy onkologii. 1998; 44 (5): 562-566. (in Russ.).
3. Romanchyshen A.F. Clinico-pathogenetic variants of thyroid neoplasms. SPb: Nauka, 1992. 258 p. (in Russ.).
4. Romanchyshen A.F. Surgery of the thyroid and parathyroid glands. SPb: IPC "Vesti", 2009. 647 p. (in Russ.).
5. Romanchyshen A.F., Bagaturia G.O., Vabalayte K.V., Sokurenko G.Yu. Locally-advanced thyroid cancer: diagnosis, treatment, immediate and long-term results: a study guide. SPb: SpecLit, 2017. 175 p. (in Russ.).
6. Romanchishen AF, Kolosyuk VA, Bagatury G.O. Thyroid cancer – the problems of epidemiology, etiopathogenesis and treatment. St. Petersburg: Izdatel'stvo "Welcome", 2003. 256 p. (in Russ.).
7. Semikov V.I. Prognostic index and choice of surgical intervention volume in patients with differentiated thyroid cancer. Author. diss. ... doc. Med. sciences. M., 1995. 25 p. (in Russ.).
8. Chisov VI, Starinsky VV, Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2000 (morbidity and mortality). M., 2002. P. 43 (in Russ.).
9. Agarwal A., Mishra S.K. Completion total thyroidectomy in the management of differentiated thyroid carcinoma. Aust. N. Z. J. Surg. 1996;66(6): 358–60.
10. AJCC Cancer Staging Manual. Springer International Publishing. 2017. 1032 p.
11. Csaky G., Balaza G., Lukacs G. Clinical data on the pathogenesis of minimal thyroid carcinoma and its relation to other thyroid disorders. Acta Endocrinol. 1983;102(Suppl. 252):47–48.
12. Deaconson T.F., Wilson S.D., Cerletty J.M. et al. Total and near-total thyroidectomy versus limited resection for radiation-associated thyroid nodules: A twelve-years follow-up of patients in a thyroid screening program. Surgery. 1986;100(6):1116–1120.

13. DeGroot L.J., Kaplan E.L., McCormic M. et al. Natural history, treatment, and course of papillary thyroid carcinoma. *J. Clin. Endocr. Metab.* 1990;2:414–424.
14. Iida F. Recent advances in surgical treatment of thyroid carcinoma. *Nippon Geka Gakkai Zassi.* 1988;89(9):1343–1346.
15. Noguchi M., Kumaki T., Taniya T. et al. A retrospective study on the efficacy of cervical lymph node dissection in well-differentiated of the thyroid. *Jpn. J. Surg.* 1990;20(2):143–150.
16. Pasieka J.L., Thompson N.W., McLeod M.K., Burney R.E., Macha M. The incidence of bilateral well-differentiated thyroid cancer found at completion thyroidectomy. *World J. Surg.* 1992;16(4):711–716.

Received 15.11.17

Accepted 20.03.18

#### Сведения об авторах:

*А.Ф. Романчишен* — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: [afromanchishen@mail.ru](mailto:afromanchishen@mail.ru)

*К.В. Вабалайте* — к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: [vabalayte@bk.ru](mailto:vabalayte@bk.ru)

*Ф.А. Романчишен* — к.м.н., доцент кафедры пластической хирургии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: [rfaaes@mail.ru](mailto:rfaaes@mail.ru).

*Е.А. Тымкив* — хирург Городской больницы №26, старший лаборант кафедры госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: [tj-503@mail.ru](mailto:tj-503@mail.ru).

#### About the authors:

*A.F. Romanchyshen* — MD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery with traumatology and MFS courses at the St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia; e-mail: [afromanchishen@mail.ru](mailto:afromanchishen@mail.ru)

*K.V. Vabalayte* — MD, associate professor of the Department of Hospital Surgery with traumatology and MFS courses at the St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia; e-mail: [vabalayte@bk.ru](mailto:vabalayte@bk.ru)

*F.A. Romanchyshen* — MD, Associate Professor of the Department of Plastic Surgery of the St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia; e-mail: [rfaaes@mail.ru](mailto:rfaaes@mail.ru).

*E.A. Tymkiv* — surgeon of the City Hospital No. 26, senior laboratory assistant of the Department of Hospital Surgery with traumatology and MFS courses at the St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia; e-mail: [tj-503@mail.ru](mailto:tj-503@mail.ru)