

УДК 616.441-006.6-079.4-085.277.3

*В.Г. Дубинина, А.М. Москаленко, А.В. Антонюк, Н.А. Добровольский***ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФОРМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**Одесский национальный медицинский университет, Украина
Одесский областной онкологический диспансер, Украина

Резюме. Несмотря на сравнительно небольшую распространённость в популяции (0,5-1,5 %), рак щитовидной железы представляет серьёзную и ещё не до конца решённую проблему [2]. В настоящее время дифференцированные формы рака щитовидной железы лечатся комбинированным методом с использованием хирургического вмешательства и послеоперационного

курса радиойодтерапии [5]. В данном ретроспективном исследовании подтверждена эффективность используемой в настоящее время схемы лечения дифференцированного рака щитовидной железы.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, тиреоидэктомия, радиойодтерапия.

Введение. Рак щитовидной железы представляет значительную медицинскую и социальную проблему, несмотря на сравнительно небольшое распространение (0,5-1,5 % от всей онкопатологии). Радиоактивное облучение в детском возрасте, чрезмерная гормональная стимуляция со стороны гипофиза, вызванная недостаточным поступлением йода с водой и пищей, наследственная предрасположенность служат причинами рака [1, 4, 6,].

Существуют следующие виды злокачественных опухолей щитовидной железы: папиллярная, фолликулярная, медуллярная, анапластическая карциномы, которые составляют 98 % от всех злокачественных тиреоидных новообразований [7, 9].

Папиллярный рак является высококодифференцированной злокачественной опухолью, составляющая 60 % от общего числа опухолей щитовидной железы [8]. При папиллярной карциноме микрометастазы патогистологически определяются в 45-70 % случаев в контрлатеральной доле щитовидной и регионарных лимфатических узлах [10].

Фолликулярная карцинома высококодифференцированная злокачественная опухоль с характерным отдалённым метастатическим поражением костей и легких.

Медуллярная карцинома составляет от 3 до 12% от всех карцином щитовидной железы, обладает выраженными инвазивными свойствами – распространяется в капсулу, окружающую ткань железы, и сосуды. Регионарное метастазирование происходит более 70% случаев, отдалённое – в 35% случаев.

Анапластическая карцинома инфильтрирует одну или обе доли щитовидной железы вместе с прилежащими анатомическими образованиями шеи. Часто отмечается одно- или двустороннее поражение шейных лимфатических узлов.

Цель исследования. Определить эффективность существующей стандартной схемы лечения рака щитовидной железы.

Материал и методы. При исследовании выполнялся ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 19 диспансерных больных (13 женщин и 6 мужчин), проходивших

лечение по поводу рака щитовидной железы в 2010-2011 году в Одесском областном онкологическом диспансере. На первом этапе 17 больным выполнялась эпифасциальная тиреоидэктомия, а одной пациентке, учитывая распространённость опухолевого процесса и сопутствующую соматическую патологию – паллиативная субтотальная тиреоидэктомия. В трёх случаях после хирургического лечения при подозрении на наличие метастатического поражения лимфоузлов шеи, тиреоидэктомия была дополнена срединной лимфодиссекцией шеи (при гистологическом исследовании метастазы в удалённой клетчатке выявлены не были). Ещё в трёх случаях, когда в предоперационном периоде у больных были выявлены множественные метастазы в лимфоузлы глубокой яремной цепи, одновременно с тиреоидэктомией была выполнена односторонняя футлярно-фасциальная лимфадэктомия шеи (2 случая) и радикальная лимфаденэктомия шеи (1 случай). Наличие метастазов в удалённых лимфоузлах было подтверждено гистологически. С диагнозом папиллярный рак было пролечено 12 больных, по поводу фолликулярного – 7. Больных с медуллярным и недифференцированным раком в 2010 и 2011 году отмечено не было. На втором этапе лечения, спустя 14-68 дней после операции всем больным проводилась радиойодтерапия I^{131} в дозе от 4 до 6 тысяч МБк. Контрольная скintiграфия проводилась в сроки от 6 до 12 месяцев после проведения курса радиойодтерапии. Ультрасонография проводилась от 1 до 3 раз за время наблюдения. Все пациенты получают гормонозаместительную и иммуносупрессивную терапию левотироксином натрия (L-тироксин, эутирокс) в дозе от 100 до 150 мг в сутки.

Среди 13 исследуемых женщин с I стадией рака щитовидной железы проходили лечение пять пациенток, со II – четыре, с III – три и с IV стадией – одна больная. У 8 женщин была верифицирована папиллярная, а у пяти – фолликулярная карцинома щитовидной железы.

Среди шести исследуемых мужчин с I стадией рака щитовидной железы проходил лечение один пациент, со II – три и с III стадией – два

больных. У четырех была верифицирована папиллярная, а у двух – фолликулярная карцинома щитовидной железы.

Результаты исследования и их обсуждение.

Согласно нашим данным, среди пролеченных пациентов мужчины составили 31,6 %, женщины – 68,4 %. Распределение морфологических форм рака у больных, получавших лечение в Одесском ООД в 2010-2011 годах, выглядит следующим образом: папиллярный рак – 63 %, фолликулярный рак – 37 %, что согласовывается с данными литературы.

Контрольная сцинтиграфия, проведенная всем наблюдаемым больным в сроки от 6 до 12 месяцев после проведения курса радиоiodтерапии, накопления радиофармпрепарата в типичном месте расположения щитовидной железы, лёгких и костях скелета не выявила. Контрольная ультразвукография лимфоузлов шеи и печени, выполненная всем больным от 1 до 3 раз за время наблюдения, также не выявила очагов метастатического поражения. Это свидетельствует о полной элиминации ткани щитовидной железы, достигнутой хирургическим вмешательством (тиреоидэктомией) вместе с последующей радиоiodтерапией.

Таким образом, в сроках наблюдения от шести месяцев до двух лет и трех месяцев с момента завершения специального лечения, по нашим данным все пациенты без признаков рецидива заболевания, регионарного и отдаленного метастазирования (в том числе и пациентка, которой была выполнена паллиативная субтотальная тиреоидэктомия из-за тяжёлого общего состояния). А значит, вопреки рекомендации некоторых авторов [3] выполнять гемитиреоидэктомию у больных при наличии солитарной опухоли, размерами до 2 см (T1), при отсутствии достоверных до- и интраоперационных данных о поражении регионарных лимфатических узлов и отдаленных метастазов, выполнение тиреоидэктомии больным при I стадии высокодифференцированного рака щитовидной железы мы считаем обоснованным. Учитывая мультифокальное развитие рака щитовидной железы, считаем выполнение органосохраняющей операции нецелесообразным. Гемитиреоидэктомия, сохраняя пациенту часть органа и тиреоидную функцию, тем не менее, не избавляет его от необходимости гормональной супрессии. А, кроме того, выполнение гемитиреоидэктомии будет служить препятствием для проведения больному послеоперационной терапии радиоактивным йодом и последующего наблюдения с использованием самого высокочувствительного маркера персистенции заболевания – тиреоглобулина (ТГ).

Проведение больному комбинированного специального лечения в объёме экстрафасциальной тиреоидэктомии с послеоперационным курсом радиоiodтерапии не вызывает существенного ухудшения качества жизни в сравнении с пациентом, перенесшим одну только гемитиреоидэкто-

мию. У пациентов, перенесших гемитиреоидэктомию, препараты левотироксина применяются только для гормональной супрессии и, зачастую, в неадекватных дозировках. Не разработаны чёткие рекомендации по срокам и дозам приёма препаратов левотироксина у больных, перенесших гемитиреоидэктомию по поводу рака щитовидной железы [3]. Можно предположить, что риск развития рецидива опухоли выше у пациентов, перенесших гемитиреоидэктомию, чем у перенесших тиреоидэктомию с послеоперационным курсом радиоiodтерапии. Не секрет, что и у пациента рано или поздно может появиться «соблазн» уменьшить дозу или вообще прекратить приём L-тироксина - «ведь и так всё хорошо». Мы порой констатируем это при контрольных осмотрах. А ведь при прекращении гормональной супрессии возрастет уровень тиреотропного гормона в крови, что, в свою очередь, может привести к рецидиву заболевания в оставшейся доле, метастазированию опухоли в лимфоузлы шеи и неминуемой операции (уже второй – при изначально возможном выполнении единственной).

Комбинированное лечение высокодифференцированных форм рака щитовидной железы, включающее в себя тиреоидэктомию (при необходимости дополняющуюся лимфодиссекцией) с последующей радиоiodтерапией действительно является эффективным и обеспечивает полное удаление опухоли.

Вывод

Используемая в Одесском областном онкологическом диспансере схема лечения дифференцированных раков щитовидной железы является высокоэффективной, согласуется с современными мировыми стандартами лечения дифференцированных форм рака щитовидной железы и обеспечивает полное удаление опухоли с удовлетворительными результатами лечения в сроках наблюдения за больными до двух лет и трёх месяцев.

Перспективы дальнейших исследований

Дальнейшее наблюдение за пролеченными в 2010-2011 годах больными и включение в исследование больных, пролеченных по поводу рака щитовидной железы в Одесском областном онкологическом диспансере в 2012 году.

Литература

1. Богданова Т.И. Патология щитовидной железы у детей (атлас) / Т.И. Богданова, В.Г. Козырицкий, Н.Д. Тронько. – К.: Чернобыльинтеринформ, 2000. – 158 с.
2. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы / Е.А. Валдина // Руководство. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 240 с.
3. Тронько Н.Д. Рак щитовидной железы у детей Украины (последствия Чернобыльской катастрофы) / Н.Д. Тронько, Т.И. Богданова. – К.: Чернобыльинтеринформ, 1997. – 200 с.

4. Шлюмберже М. Опухоли щитовидной железы / М. Шлюмберже, Ф. Пачини. – Paris: Nuclear, 1999. – 345 с.
5. Thyroid neoplasms after therapeutic radiation for malignancies during childhood or adolescence / S. Acharya, K. Sarafoglou, M. LaQuaglia [et al.] // Cancer. – 2003. – Vol. 97, № 10. – P. 2397-2403.
6. Clinicopathologic analysis of 487 thyroid tumors / X.X. Cao, L.X. Gao, X. Wu [et al.] // Chung Hua Chung Liu Tsa Chih. – 1987. – Vol. 9, № 5. – P. 362-364.
7. Age-dependent variation of follicular size and expression of iodine transporters in human thyroid tissue / A. Faggiano, J. Coulot, N. Bellon [et al.] // J. Nucl. Med. – 2004. – Vol. 45, № 2. – P. 232-237.
8. Gimm O. Thyroid cancer / O. Gimm // Cancer Lett. – 2001. – Vol. 163, № 2. – P. 143-156.
9. Latency period of thyroid neoplasia after radiation exposure / S. Kikuchi, N.D. Perrier, P. Ituarte [et al.] // Ann. Surg. – 2004. – Vol. 239, № 4. – P. 536-543.
10. Cold thyroid nodules show a marked increase in proliferation markers / K. Krohn, I. Stricker, P. Emmrich [et al.] // Thyroid. – 2003. – Vol. 13, № 6. – P. 569-575.

ДОСВІД КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ФОРМ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

В.Г. Дубініна, О.М. Москаленко, О.В. Антонюк, М.А. Добровольський

Резюме. Незважаючи на порівняно невелику поширеність у популяції (0,5-1,5 %), рак щитоподібної залози становить серйозну, і ще не до кінця вирішену проблему. На даний час диференційовані форми раку щитоподібної залози лікуються комбінованим методом із використанням хірургічного втручання та післяопераційного курсу радіоїодотерапії. У даному ретроспективному дослідженні підтверджено ефективність використовуваної в даний час схеми лікування диференційованого раку щитоподібної залози.

Ключові слова: рак щитоподібної залози, тиреоїдектомія, радіоїодотерапія.

EXPERIENCE OF COMBINED TREATMENT FOR DIFFERENTIATED FORMS OF THYROID CANCER

V.G. Dubinina, A.M. Moskalenko, A.V. Antonyuk, N.A. Dobrovolsky

Abstract. Despite of a comparatively low rate of prevalence in the population (0,5-1,5 %), thyroid carcinoma represent a serious, and not yet fully solved problem. Nowadays, differentiated forms of thyroid cancer have been treated with a combined method, using surgical interference and a postoperative course of radioiodine therapy. This retrospective study confirms the effectiveness of the currently utilized regimen of differentiated thyroid carcinoma management.

Key words: thyroid cancer, thyroidectomy, radioiodine therapy.

National Medical University (Odessa, Ukraine),
Regional Oncological Dispensary (Odessa, Ukraine)

Рецензент – доц. Б.І. Шумко

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 200-202

Надійшла до редакції 05.07.2012 року