

tumor regression and creates favourable conditions for better results. The use of regional intra-arterial chemo- and antibiotic therapy in combination with radiation therapy enables to improve immediate results of the treatment as well as the quality of life of patients with this extremely grave disease.

**Key words:** oropharyngeal cancer, intraarterial chemotherapy combined with radiation therapy, intraarterial chemo- and antibiotic therapy with radiation therapy, immediate treatment results.

Regional Antitumor Center (Donetsk, Ukraine)

Рецензент – доц. Е.В. Олійник

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 244-248

Надійшла до редакції 11.06.2012 року

© А.А. Чистяков, О.Г. Гончар, Ю.В. Остапенко, І.І. Фефелова,  
Л.В. Чистякова, Д.П. Темніченко, О.Л. Слободяник, 2012

УДК 616.441-006.6-039-08-031.81

*Ю.И. Яковец, А.Г. Гончар, А.А. Чистяков, И.И. Фефелова, Л.В. Чистякова,  
Д.П. Темниченко, О.Н. Дьячков, М.Б. Осадчий*

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАПУЩЕННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр», Украина

**Резюме.** Материалом для исследования послужил анализ результатов наблюдения 108 больных с первично-нерезектабельным местнораспространенным раком щитовидной железы, которые проходили лечение в ДОПЦ с 2000 по 2011 год. У всех больных исследуемой группы лечение начинали с проведения ТГТ мелкими фракциями. В исследуемой группе у 53 пациентов отмечена регрессия опухоли, позволившая выполнить радикальное оперативное вмешательство, как правило, в объеме расширенных тиреоидэктомий с различными видами шейных лимфодиссекций. У 39 пациентов существенных изменений после проведенного лечения не наблюдалось (стабилизация процесса). К сожалению, у 16 больных отмечено прогрессирование болезни. Все прооперированные больные в последующем получали

радиойодтерапию. Показатель пятилетней выживаемости у больных, получавших предоперационный курс ТГТ, составил 63 %. Все больные, которым не удалось выполнить операцию после курса ТГТ, умерли в течение двух лет. Внедрение в клиническую практику предоперационного курса ТГТ при первично-нерезектабельном раке щитовидной железы в большей части случаев дает возможность выполнения оперативного вмешательства в радикальном объеме, что приводит к улучшению качества и продолжительности жизни, позволяет проводить в дальнейшем различные варианты комплексного лечения данной категории больных.

**Ключевые слова:** рак щитовидной железы, лучевая терапия, оперативное лечение, степень регрессии.

**Введение.** Во всех странах мира отмечается увеличение частоты заболеваемости раком щитовидной железы. Причина его возникновения точно не установлена, однако определенная роль в этиологии отводится недостаточности йода, воздействию ионизирующей радиации, нарушение нейроиммуноэндокринного гомеостаза, отягощенной наследственности [1]. Так же рак щитовидной железы может развиваться на фоне предшествующих пролиферативных заболеваний – аденом, узлового зоба, кист.

Заболеваемость раком щитовидной железы в нашей стране за последние годы растет быстрыми темпами. По прогнозам Министерства здравоохранения Украины в дальнейшем предполагается рост заболеваемости раком щитовидной железы среди пострадавших от Чернобыльской катастрофы [2, 3, 4]. Это связано с воздействием радиации непосредственно на ДНК и как следствие снижение функциональной активности щитовидной железы, с разви-

тием ее недостаточности, что приводит к постоянной компенсаторной стимуляции ТГГ, и ведет к аутоиммунной гиперплазии ее паренхимы, с последующей злокачественной трансформацией [5].

Известно, что пострадавшими от катастрофы на ЧАЭС считаются люди, проживающие на загрязненных территориях, ликвидаторы аварии и их дети. Многие из ликвидаторов аварии проживают на территории Донецкой области. К этим категориям относится около 3,5 миллиона человек.

В начале 80-х годов прошлого столетия, до Чернобыльской аварии заболеваемость раком щитовидной железы составляла 1,0-1,5 на 100000 населения. За истекшие годы она выросла почти в 4 раза и в 2011 году составила 4,2 на 100000 населения. Особенно высокий уровень заболеваемости остается в Киевской области и составляет 6,7 на 100000 населения. В Донецкой области в 2011 году заболеваемость раком щитовидной железы составила 3,2 на 100000 населения.

Обращает на себя внимание высокая однолетняя летальность и смертность от рака щитовидной железы в Донецкой области, эти показатели выше, чем в среднем по Украине. Так, однолетняя летальность составила 15,9 % при 11,2 % в среднем по Украине, а смертность соответственно 1,3 на 100000 населения и 8,1 на 100000 населения.

**Цель исследования.** Улучшить качество и увеличить продолжительность жизни больных с первично-нерезектабельным раком щитовидной железы. Для достижения данной цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Изучить эффективность паллиативного лечения нерезектабельного рака щитовидной железы.

2. Изучить эффективность ТГТ в лечении нерезектабельного рака щитовидной железы.

3. Обосновать необходимость проведения предоперационной ТГТ у больных с местнораспространенным первично-нерезектабельным раком щитовидной железы.

**Материал и методы.** Материалом для исследования послужил анализ результатов наблюдения 108 больных с первично-нерезектабельным местнораспространенным раком щитовидной железы, которые проходили лечение в ДОПЦ с 2000 по 2011 год.

Критериями включения больных в исследование служили:

- верифицированный диагноз
- признаки неоперабельности первичной опухоли (прорастание в возвратный нерв, связь с трахеей и пищеводом, неподвижность опухоли)
- отсутствие генерализации процесса (отдаленного метастазирования).

Критерии исключения: пациенты с отдаленными метастазами опухоли, подтвержденными морфологически.

В исследуемой группе у всех больных имелась опухоль Т4 по классификации TNM. В 73 % случаях определялись N1, у 27 % пациентов определялись N2. Женщин в группе было в 1,9 раза больше, чем мужчин. Большинство (83 %) пациентов были старше 50 лет. У всех больных наблюдался компрессионный синдром со сдавлением органов и структур шеи. По гистологической структуре 91 % имели дифференцированную форму рака щитовидной железы, а у 9 % пациентов выявлен недифференцированный и медулярный рак щитовидной железы.

У всех больных исследуемой группы лечение начинали с проведения ТГТ в режиме разовой дозы 2 Гр, суммарной дозы 40 Гр, после чего

больные выписывались из отделения на 21-ый день с последующей оценкой эффективности лечения и решением вопроса о необходимости оперативного лечения.

**Результаты исследования и обсуждения.** В исследуемой группе у 53 пациентов отмечена регрессия опухоли, позволившая выполнить радикальное оперативное вмешательство, как правило, в объеме расширенных тиреоидэктомий с различными видами шейных лимфодиссекций. У 39 пациентов существенных изменений после проведенного лечения не наблюдалось (стабилизация процесса). К сожалению, у 16 больных отмечено прогрессирование болезни. Все прооперированные больные в последующем получали радиойодтерапию. По сравнению с контрольной группой, послеоперационные осложнения в исследуемой группе наблюдались в 1,8 раза чаще. В исследуемой группе отмечен один летальный исход после расширенной тиреоидэктомии с резекцией щитовидного хряща и плоскостной резекцией трахеи. Показатель пятилетней выживаемости у больных, получавших предоперационный курс ТГТ, составил 63 %. Все больные, которым не удалось выполнить операцию после курса ТГТ, умерли в течение двух лет.

#### Вывод

Внедрение в клиническую практику предоперационного курса ТГТ при первично-нерезектабельном раке щитовидной железы в большей части случаев дает возможность выполнения оперативного вмешательства в радикальном объеме, что приводит к улучшению качества и продолжительности жизни, позволяет проводить в дальнейшем различные варианты комплексного лечения данной категории больных.

#### Литература

1. Бомаш Н.Ю. Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы / Н.Ю. Бомаш. – М: Медицина, 1981. – 176 с.
2. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы / И.С. Брейдо. – СПб.: Гиппократ, 1998. – 336 с.
3. Papillary thyroid carcinoma. Etiology, assessment, and therapy / K. Ain // *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* – 1995. – Vol. 24, № 4. – P. 711-760.
4. Studying in thyroid carcinoma / Cady B. // *Cancer.* – 1998 – Vol. 83, № 5. – P. 844-847.
5. Immune aspects of thyroid cancer / A.A. Narkar, R.R. Jeevanram, P. Sunderesan [et al.] // In: *Thyroid cancer: Role of radionuclides in diagnosis, management and treatment.* – Bombay, 1986. – P. 80-90.

**КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАНЕДБАНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Ю.І. Яковець, О.Г. Гончар, А.А. Чистяков, І.І. Фефелова,  
Л.В. Чистякова, Д.П. Темніченко, О.М. Дячков, М.Б. Осадчий*

**Резюме.** Матеріалом для дослідження послужив аналіз результатів спостереження 108 хворих на первинно-нерезектабельний місцевопоширений рак щитоподібної залози, які проходили лікування в ДОПЦ із 2000 по 2011 рік. У всіх осіб досліджуваної групи лікування починали з проведення ТГТ дрібними фракціями. У досліджуваній групі в 53 пацієнтів відзначена регресія пухлини, що дозволила виконати радикальне оперативне втручання, як правило, в обсязі розширеної тиреоїдектомії з різними видами шийних лімфодисекцій. У 39 пацієнтів істотних змін після проведеного лікування не спостерігалось (стабілізація процесу). На жаль, у 16 пацієнтів відзначено прогресування хвороби. Всі прооперовані особи в подальшому отримували радіоїодтерапію. Показник п'ятирічної виживаності в осіб, які отримували передопераційний курс ТГТ, становив 63 %. Всі хворі, яким не вдалося виконати операцію після курсу ТГТ, померли протягом двох років. Впровадження в клінічну практику передопераційного курсу ТГТ при первинно-нерезектабельному раку щитоподібної залози в більшій частині випадків дає можливість виконання оперативного втручання в радикальному обсязі, що призводить до поліпшення якості і тривалості життя, дозволяє проводити в подальшому різні варіанти комплексного лікування хворих даної категорії.

**Ключові слова:** рак щитоподібної залози, променева терапія, оперативне лікування, ступінь регресії.

**COMBINED TREATMENT OF ADVANCED THYROID CARCINOMA**

*Y.I. Yakovets, A.G. Gonchar, A.A. Chistyakov, I.I. Fefelova, L.V. Chistyakova,  
D.P. Temnichenko, O.N. Dyachkov, M.B. Osadchy*

**Abstract.** An analysis of the results of supervising 108 patients with primary unresectable locally invasive thyroid cancer, undergoing a course of treatment at the Donetsk Oncological Antitumoral Center (DOAC) from 2000 to 2011, served as a material for a research. The treatment in all the patients started by performing x-ray therapy by small fractions. A tumor regression was noted in all the patients of the group under study, consisting of 53 patients, enabling to perform a radical surgical interference, as a rule, in the range of extensive thyroidectomies with different types of lymph dissections. No essential changes were observed in 39 patients following the treatment performed (a stabilization process). Unfortunately, a disease progression was noted in 16 patients. Afterwards all the operated patients underwent radio iodine therapy. A five-year survival rate in patients undergoing a preoperative course of x-ray therapy, made up 63 %. All the patients who did not undergo an operation following a course of x-ray therapy died during a 2-year period. The introduction into clinical practice of a course of x-ray treatment in case of primary nonresectable thyroid cancer enables to perform surgical interference in a radical range, resulting in an improvement of the quality and duration of life, enabling to perform different variants of multimodality treatment of this particular cohort of patients afterwards.

**Key words:** thyroid cancer, radiation therapy, surgery, regression degree.

Regional Antitumor Center (Donetsk, Ukraine)

Рецензент – доц. В.П. Унгурян

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 248-250

Надійшла до редакції 11.06.2012 року