

Органозберігаючі операції при високодиференційованих карциномах щитоподібної залози

І.Р. Янчій,
М.Ю. Болгов,
Т.І. Богданова

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Резюме. Розглянуто результати довготривалого (до 19 років) спостереження за пацієнтами, яким у відділі хірургії ендокринних залоз ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» (ІЕОР) з 1993 по 2011 роки було виконано органозберігаючі операції з приводу папілярної (139 хворих) і фолікулярної (11 хворих) карцином щитоподібної залози (ЩЗ). Безрецидивний перебіг захворювання з різним терміном спостереження зареєстровано в 147 із 150 пацієнтів (98,0%), що свідчить про можливість виконання, за певних умов, органозберігаючих операцій із приводу високодиференційованих карцином щитоподібної залози.

Ключові слова: щитоподібна залоза, папілярна карцинома, фолікулярна карцинома, органозберігаючі операції.

Основним методом лікування високодиференційованого раку щитоподібної залози (ЩЗ) є оперативне втручання. Переважна більшість авторів є прибічниками радикального хірургічного втручання, яке передбачає повне видалення ЩЗ, тобто проведення тотальної тиреоїдектомії [1-7]. Однак питання щодо можливості виконання органозберігаючих операцій при папілярній та фолікулярній карциномах ЩЗ залишається дискусійним і актуальним [1-5].

В Україні, мешканці якої зазнали впливу радіоактивного йоду після аварії на Чорнобильській АЕС, проблема лікування раку ЩЗ набула особливого значення у зв'язку з зафіксованим (починаю-

чи з 1990 року) зростанням захворюваності на цю патологію, головним чином серед осіб, вік яких на час аварії не перевищував 18 років, і яких було віднесено до групи підвищеного ризику [8-12].

В ІЕОР, який визначено як головний медичний заклад із приводу лікування раку ЩЗ у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС дітей і підлітків, було впроваджено метод тонкоігловидної пункційної аспіраційної біопсії (ТАІБ), вдосконалено методи хірургічного лікування хворих, розроблено стандарти діагностики і лікування хворих на тиреоїдний рак [13-16]. Так, при встановленій карциномі ЩЗ на передопераційному чи інтраопераційному етапах обов'язковим обсягом оперативного втручання є екстрафасціальна тиреоїдектомія з подальшою абляцією залишків ЩЗ радіоактивним йодом [14-17].

Між тим, у різних країнах світу, у тому числі й у клініці ІЕОР, із різних причин виконувалися

* адреса для листування (Correspondence): ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», вул. Вишгородська, 69, м. Київ, 04114, Україна. e-mail: zdovado@ukr.net

та виконуються органозберігаючі операції [18,19]. Найчастіше в таких випадках діагноз «карцинома» встановлювався лише за результатами остаточного гістологічного дослідження біопсійного матеріалу, і пацієнти категорично відмовлялися від проведення повторної радикальної операції.

Звідси випливає, що дослідження віддалених результатів хірургічного лікування хворих, яким було виконано органозберігаючі операції з приводу вискодиференційованих карцином ЩЗ, є своєчасним і може дати відповідь на деякі дискусійні питання.

Матеріали та методи

Проаналізовано амбулаторні та стаціонарні карти 150 хворих, вік яких на час аварії на ЧАЕС не перевищував 18 років (група підвищеного ризику відносно розвитку раку ЩЗ), в яких карциному ЩЗ було встановлено лише на післяопераційному етапі за даними остаточного патогістологічного діагнозу, і яким було виконано органозберігаючі операції протягом періоду від 1993 до 2011 року (період обов'язкового передопераційного виконання ТАПБ при вузлових новоутвореннях ЩЗ та інтраопераційних експрес-гістологічних досліджень за показниками).

За результатами післяопераційних сонографічних досліджень було проведено аналіз тривалого післяопераційного спостереження залишкової тканини ЩЗ. На всіх етапах роботи використовували дані електронного реєстру пацієнтів ІЕОР, який налічує на сьогодні більше 160 тисяч записів (амбулаторних карток). Дані оброблялись за допомогою медичної інформаційної системи TherDer 5 [20], вірогідність різниці в показниках визначалася за точним критерієм Фішера.

Результати та їх обговорення

За період від 1993 до 2011 року у відділі хірургії ендокринних залоз ІЕОР було прооперовано 1919 пацієнтів із папілярною карциномою (ПК) та 125 пацієнтів із фолікулярною карциномою (ФК), які народилися в 1968 та подальших роках. 150 хворим із ПК (7,8%) та 11 – з ФК (8,8%) було виконано органозберігаючі первинні оперативні втручання, після яких не виконувалася остаточна тиреоїдектомія. Пацієнти продовжували спостерігатися в ІЕОР.

У трьох із 150 пацієнтів із папілярною карциномою (2,0%) мав місце рецидив захворювання. У жодного пацієнта з фолікулярною карциномою рецидиву захворювання не визначено. Рецидиви ПК в іншій частці залози (два випадки) виникли через 4 і 6 років, а метастаз у регіонарному лімфовузлі

(один випадок) – через 1,5 року після первинного втручання, що співпадає з даними літератури щодо строків виявлення істинних рецидивів ПК ЩЗ [19,21]. Після виникнення рецидиву карциноми хворих було виключено з групи спостереження з приводу органозберігаючих операцій.

У даній роботі розглянуто 147 із 150 пацієнтів (98,0%), у яких протягом періоду спостереження мав місце безрецидивний перебіг захворювання. Більшість хворих на час операції були дорослими віком від 19 до 43 років (119 із 147, 80,9%). Слід зазначити, що 11 серед 17 дітей, прооперованих у віці до 15 років (64,7%) і 2 з 11 підлітків, прооперованих у віці від 15 до 18 років (18,2%), народилися після аварії на ЧАЕС, у 1987 та наступних роках, тобто не відносилися до групи підвищеного ризику (**табл. 1**). Дев'ять таких пацієнтів зареєстровано також серед 119 дорослих (7,6%). У кожній віковій групі переважали жінки. У цілому, співвідношення жінки:чоловіки дорівнювало 3,9:1 (117:30).

Основу клінічної оцінки результатів довготривалого спостереження складала протоколи ультразвукового дослідження, яке виконувалось пацієнтам при кожному черговому огляді. Важливим аспектом, безумовно, є термін спостереження пацієнта (**табл. 2**). Висновок про безрецидивний перебіг впливає з останнього дослідження кожного пацієнта. З наведеної таблиці випливає, що лише одна пацієнтка, прооперована у 2011 році, має термін спостереження менш ніж 2 роки (0,7%), що на поточний момент не є достатнім для остаточних висновків. Між тим, 53,1% пацієнтів знаходяться під наглядом понад 5 років, а 46,2% постійно обстежуються впродовж від 2,1 до 5 років (**табл. 2**). Якщо взяти до уваги, що переважна більшість рецидивів виникає у хворих на ПК і ФК у перші два-три роки після первинного оперативного втручання [19,21], термін спостереження в нашому дослідженні в переважній більшості хворих є цілком достатнім.

Слід зазначити, що серед дослідженої групи в 4 чоловік (2,7%) за даними чергового ультразвукового дослідження (через 4-12 років) було виявлено вузлові утворення в тканині контралатеральної

Таблиця 1. Розподіл обстежених пацієнтів за віком і статтю

Вік на час операції	Чоловіки		Жінки		Усього	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Діти < 15 років	2/147	1,4	15/147	10,2	17	11,6
Підлітки від 15 до 18 років	6/147	4,1	5/147	3,4	11	7,5
Дорослі від 19 до 43 років	22/147	14,9	97/147	66,0	119	80,9
Усього	30/147	20,4	117/147	79,6	147	100

Оригінальні дослідження

Таблиця 2. Розподіл обстежених пацієнтів за терміном спостереження

Термін у роках	Кількість спостережень	
	Кількість	%
До 2 років	1	0,7
Від 2,1 до 5 років	68	46,2
Від 5,1 до 10 років	41	27,9
Понад 10 років	37	25,2
Усього	147	100

Таблиця 3. Розподіл досліджених випадків за розміром пухлини

Розмір пухлини (см)	Кількість спостережень			
	ПК		ФК	
	Кількість випадків	%	Кількість випадків	%
≤1 см (pT1a)	60	44,1	0	0
1,1-2,0 (pT1b)	27	19,8	2	18,2
2,1-3,0 (pT2)	23	16,9	5	45,4
3,1-4,0 (pT2)	13	9,6	2	18,2
>4 см (pT3)	13	9,6	2	18,2
Усього	136	100	11	100

частки ЩЗ. Одного з них після проведення ТАПБ і отримання малоінформативного цитологічного заключення, було повторно прооперовано. Остаточний патоморфологічний діагноз визначив доброякісний характер процесу. Три пацієнти після проведення ТАПБ отримали цитологічне заключення «вузол ЩЗ» і знаходяться під наглядом без повторного оперативного втручання.

Важливою характеристикою злоякісної пухлини є її розмір (**табл. 3**), який віддзеркалює категорію «pT» за TNM класифікацією [22]. З наведеної таблиці випливає, що пухлини розміром до 1 см (pT1a) визначалися тільки серед ПК ЩЗ і склали 44,1%. Пухлини розміром від 1,1 до 2 см (pT1b) виявлялися майже в однаковому відсотку ПК і ФК. Відсоток ФК розміром понад 2 см (pT2, pT3) вірогідно перевищував такий за ПК: 81,8% (9/11 випадків) порівняно з 36,0% (49/136 випадків, $p = 0,0008$).

Слід зазначити, що папілярна та фолікулярна карциноми мають принципово різні шляхи метастазування – лімфогенний та гематогенний. Тому для папілярних карцином ультразвукове дослідження лімфатичних вузлів ший є дуже важливим критерієм, що надає хірургу інформацію про розповсюдженість процесу як на передопераційному, так й на інтраопераційному етапах для прийняття рішення щодо вибору об'єму оперативного втручання. Сонографічні дослідження є важливими також для післяопераційного моніторингу можливих рецидивів. Діагноз фолікулярної карциноми на передопераційному та інтраопераційному етапах лікування

встановити практично неможливо [23,24]. Ураження лімфатичних вузлів ший також не є характерним для фолікулярної карциноми [23,24], тому у випадках органозберігаючої операції при ФК післяопераційний моніторинг пацієнтів включав комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням йодовмісними контрастними речовинами.

Висновок

Результати післяопераційного спостереження за пацієнтами, яким було виконано органозберігаючі операції з приводу папілярної чи фолікулярної карциноми щитоподібної залози у відділі хірургії ендокринних залоз ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка АМН України», свідчать, що в переважній більшості хворих (98,0%) визначався безрецидивний перебіг захворювання. Отримані результати доводять принципову можливість виконувати такі операції за умови вираженого індивідуального підходу до кожної конкретної ситуації.

Список використаної літератури

1. Тиреоїдна хірургія. За ред. Рибаківа С.Й., Шидловського В.О., Комісаренка І.В., Павловського М.П. Тернопіль: ТДМУ, 2008. 424 с. (Thyroid Surgery. Rybakov S.I., Shidlovsky V.O., Komisarenko I.V. (eds.). Ternopil: TSMU, 2008. 424 p.).
2. Ito Y., Miyauchi A. // Endocrin. J. 2008, 13, 8, 337-341.
3. Shaha A. // J. Surg. Oncol. 2006, 94, 8, 683-691.
4. Димов А. и соавт. // Хирургия. 2008, 3, 46-48. (Dimov A. et al. // Surgery. 2008, 3, 46-48).
5. Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules // Endocr. Pract. 2006, 12, 63-102.
6. Bilimoria K.Y., Zanocco K., Sturgeon C. // Adv. Surg. 2008, 42, 1-12.
7. Farina G.P., Pisano M., Vaccoli A. et al. // G. Chir. 2000, 21, 11-12, 469-474.
8. Тронько Н.Д., Богданова Т.И. Рак щитовидной железы у детей Украины (последствия Чернобыльской катастрофы). К: Чернобыльинтеринформ, 1997. 200 с. (Tronko N.D., Bogdanova T.I. Thyroid gland cancer in children of Ukraine (consequences of Chernobyl accident). Kiev: Chernobylinterinform, 1997. 200 p.).
9. Тронько М.Д., Богданова Т.И. // Журнал АМН України. 2006, 12, 1, 40-49. (Tronko M.D., Bogdanova T.I. // Journal of Acad. Med. Sci. of Ukraine. 2006, 12, 1, 40-49).
10. Tronko M., Bogdanova T., Likhtarev I. et al. Thyroid gland and radiation (fundamental and applied aspects): 20-years after the Chernobyl accident. In: Radiation Risk Perspectives. Eds Y. Shibata, H. Namba. Amsterdam: Elsevier. 2007, 46-53.
11. Тронько М.Д., Богданова Т.И. // Журнал НАМН України. 2011, 17, 2, 139-143. (Tronko M.D., Bogdanova T.I. // Journal

- of Natl. Acad. Med. Sci. of Ukraine. 2011, 17, 2, 139-143).
12. Tronko M., Bogdanova T., Komisarenko I. et al. // In: A challenge of radiation health risk management. Eds M. Nakashima, N. Takamura, K. Suzuki, S. Yamashita. Nagasaki Newspaper Publish. 2012, 239-244.
 13. Журнаджи Ю.Н., Дебеленко Л.В., Антонив В.Р. и др. Метод, рекомендації. Київ. 1992. 22 с. (Zurnadhzy Yu.N., Debelenko L.V., Antoniv V.R. et al. Methodol. Recommendations. Kiev. 1992. 22 p.).
 14. Комиссаренко И.В., Рыбаков С.И., Коваленко А.Е. // Клиническая хирургия. 1993, 12, 40-43. (Komisarenko I.V., Rybakov S.I., Kovalenko A.E. // Clin. Surgery. 1993, 12, 40-43).
 15. Комиссаренко И.В., Коваленко А.Е., Омельчук О.В. та ін. // Клиническая эндокринология и эндокринная хирургия. 2008, 24, 3, 41-45. (Komisarenko I.V., Kovalenko A.E., Omelchuk O.V. et al. // Clin. Endocrinol. and Endocrine Surgery. 2008, 24, 3, 41-45).
 16. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань. За ред. М.Д. Тронька. Довідник «VADEMECUM info ДОКТОР Ендокринолог». К.: ТОВ «ГІРА «Здоров'я України», 2005. 312 с. (Standards of diagnostics and treatment of endocrine diseases. Ed. By M.D. Tronko. Handbook "VADEMECUM info DOCTOR Endocrinologist". Kiev: "GIRA "Zdorovya Ukrainy" Ltd., 2005. 312 p.).
 17. Эпштейн Е.В., Олейник В.А., Совенко Т.К., Чуков А.В. // Межд. журн. рад. мед. 2002, 1-2, 323-324. (Epstein Ye.V., Oleinyk V.A., Sovenko T.K., Chukov A.V. // Int. J. Rad. Med. 2002, 1-2, 323-324).
 18. Болгов М.Ю. // Эндокринология. 2009, 14, 1, 21-26. (Bolgov M.Yu. // Endokrynologia. 2009, 14, 1, 21-26).
 19. Румянцев П.О., Ильин А.А., Румянцева У.В., Саенко В.А. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 448 с. (Rumyantsev P.O., Ilyin A.A., Rumyantseva U.V., Saenko V.A. Thyroid gland cancer: new approaches to diagnostics and treatment. M.: GEOTAR-Media. 2009. 448 p.).
 20. Болгов М.Ю. Автоматизация медицинских учреждений. Руководство пользователя TherDep 5. Куприянова. 2006. 464 с. (Bolgov M.Yu. Automatization of medical institutions. User guide TherDep 5. Kupriyanova. 2006. 464 p.).
 21. Чернишов С.В. Регіонарне лімфогенне метастазування папілярних карцином щитоподібної залози дітей та підлітків: клінічна характеристика, діагностика та хірургічне лікування. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. К., 2009. 24 с. (Chernyshov S.V. Regional lymphogenic metastasis of papillary thyroid carcinomas in children and adolescents: clinical characteristics, diagnostics and surgery. Autoref. of Diss. for the obtaining of a scientific degree of Candidate of Medical Sciences. Kyiv, 2009. 24 p.).
 22. Sobin L.H., Gospodarowich M.K., Wittekind C. TNM classification of Malignant Tumours (7th ed.). Oxford: Wiley-Blackwell. 2009. 310 p.
 23. Rosai J. Thyroid gland. Ackerman's Surgical Pathology. Ed. J. Rosai (10th ed.). Edinburgh etc.: Elsevier. 2011. Vol. 1, 487-585.

24. Богданова Т.И., Козырицкий В.Г., Тронько Н.Д. Патология щитовидной железы у детей. Атлас. К.: Чернобыльинтеринформ, 2000. 160 с. (Bogdanova T.I., Kozyrtsky V.G., Tronko N.D. Thyroid Gland Pathology in Children. Atlas. Kiev: Chernobylinterinform. 2000. 160 p.).

(Надійшла до редакції 10.01.2014)

Органосохраняющие операции при высокодифференцированных карциномах щитовидной железы

И.Р. Янчий, М.Ю. Болгов, Т.И. Богданова

ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины»

Резюме. Рассмотрены результаты длительного (до 19 лет) наблюдения за пациентами, которым в отделе хирургии эндокринных желез ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины» с 1993 по 2011 годы были выполнены органосохраняющие операции по поводу папиллярной (139 больных) и фолликулярной (11 больных) карциномы щитовидной железы. Безрецидивное течение заболевания с разным сроком наблюдения зарегистрировано у 147 из 150 пациентов (98,0%), что свидетельствует о возможности выполнения, при определенных условиях, органосохраняющих операций по поводу высокодифференцированных карцином щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа, папиллярная карцинома, фолликулярная карцинома, органосохраняющие операции.

Organ-preserving surgeries in highly differentiated thyroid carcinomas

I.R. Yanchiy, M.Yu. Bolgov, T.I. Bogdanova

State Institution «V.P. Komisarenko Institute of Endocrinology and Metabolism, Natl. Acad. Med. Sci. of Ukraine»

Summary. The results of long-term observation (up to 19 years) of patients with papillary (139 patients) and follicular (11 patients) thyroid carcinomas, who underwent organ-preserving surgeries in SI «V. Komisarenko Institute of Endocrinology and Metabolism of NAMS of Ukraine» during years from 1993 to 2011 are considered. No reoccurrence of the disease with different follow-up period was registered in 147 from 150 patients (98,0%), what gives evidence that performing of organ-preserving surgeries in selected cases of differentiated thyroid carcinomas is possible.

Keywords: thyroid gland, papillary carcinoma, follicular carcinoma, organ-preserving surgeries.