

УДК 616.441-002	UDC 616.441-002
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	SURGICAL TACTICS OF THYROID CANCER TREATMENT
Рябченко Евгений Викторович – к.м.н. <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Ryabchenko Evheniy Viktorivich – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Атаманская Светлана Владимировна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Atamanskaya Svetlana Vladimirovna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Впервые изучены результаты хирургического лечения дифференцированного рака щитовидной железы, позволяющие сделать вывод о том, что в наблюдениях, где выполнено удаление доли щитовидной железы с верифицированным гистологическим диагнозом, риск рецидива заболевания минимальный. Достигнутый результат заключался в разработке дооперационного определения объема хирургического лечения высокодифференцированных опухолей, локализованных в одной доле щитовидной железы, с определением дальнейшей тактики после полученного гистологического ответа: папиллярного, фолликулярного или медуллярного рака.	The article presents firstly examined the results of surgical treatment of differentiated thyroid cancer. The results obtained lead to conclusion that risk of relapse is minimal when thyroid portion removal in case of verified histological diagnosis. The development of preoperative determination of surgical treatment volume of high differentiated tumors localized in one thyroid lobe. The further tactics of treatment after histological response obtaining (follicular, medullar or papillary cancer) was elaborated.
Ключевые слова: ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ, РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЛИМФОДИСЕКЦИЯ	Keywords FINE NEEDLE, THYROID TUMORS, CENTRAL LYMPHODISSECTION

Введение

В мировой структуре злокачественных заболеваний рак щитовидной железы (ЩЖ) занимает скромное место. На его долю приходится только 1 % от общего числа новообразований. Однако среди эндокринного рака он встречается в 91,2 % случаев. Для Краснодарского края рак ЩЖ является эндемичным заболеванием, отмечается быстрый рост числа больных во всех возрастных группах. Показатели заболеваемости этой патологией возрастают преимущественно за счет женщин [1]. Поэтому проблема правильного лечения пациентов с новообразованиями ЩЖ особенно актуальна. Еще недавно мировые специалисты были едины во мнении, что при наличии узла в одной из долей ЩЖ предпочтительно выполнять тиреоидэктомию [7]. Однако на сегодняшний день она назначается только при наличии неблагоприятных факторов, таких как: контрлатеральные узлы, гипотиреоз, отягощенный семейный анамнез по поводу рака ЩЖ [10]. В противном случае операцией выбора при единичном узле 1–4 см, по результатам ТАБ которого подозревается фолликулярная опухоль, является гемитиреоидэктомия с удалением перешейка ЩЖ [3, 4, 6, 8, 9].

Цель исследования: определить показания к повторному хирургическому лечению высокодифференцированного рака ЩЖ после гемитиреоидэктомии с цитологическим заключением – фолликулярная опухоль.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 708 пациентов, находившихся на лечении в отделении эндокринной хирургии ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» г. Краснодара с 2015 по 2018 г. В группу вошли пациентки, средний возраст которых составлял $44,4 \pm 6,2$ года. Старше 45 лет было 40 (48,8 %) больных. Все пациентки до направления наблюдались эндокринологом с одиночным узлом щитовидной железы, результатом цитологического исследования пунктата которого была фолликулярная опухоль. Всем

пациентам выполнена гемитиреоидэктомия с удалением перешейка щитовидной железы.

Результаты

Объем и техника операций при РЩЖ, как правило, определялись гистологической формой опухоли и степенью ее распространенности. В клинической практике, при планировании оперативного вмешательства были объединены все морфологические варианты РЩЖ в две группы: дифференцированные опухоли и недифференцированные, что соответствует гистологической классификации ВОЗ (1989 г.).

Как видно из данных, представленных на рисунке 1, из 708 оперированных пациентов только в 191 (27 %) случае при первичном ПГИ удаленного препарата подтвержден рак щитовидной железы. Повторное хирургическое вмешательство, представляющее собой, так называемую, завершающую тиреоидэктомию, было выполнено 48 (25 %) пациентам.

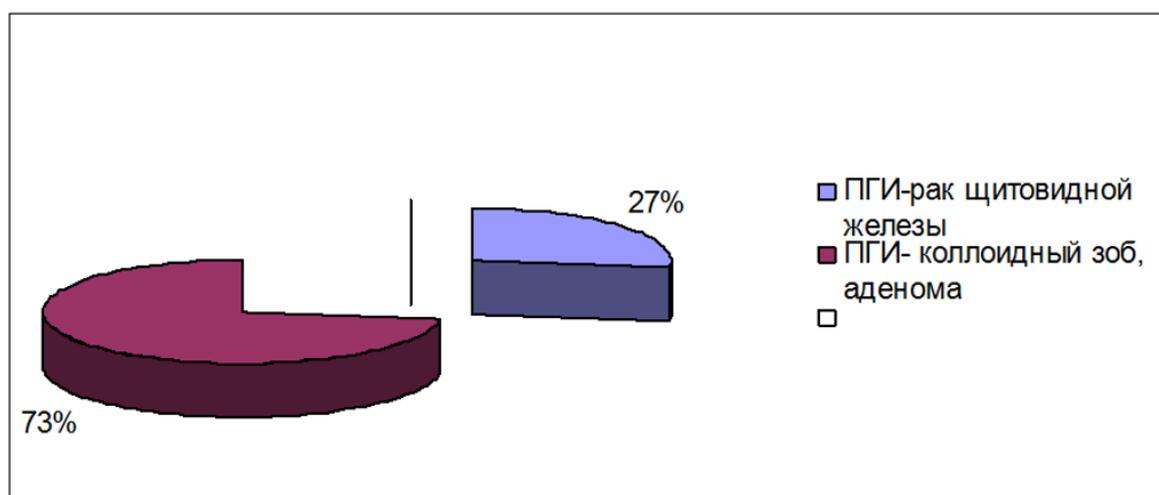


Рисунок 1 – Гистология после оперативного вмешательства

Из числа повторно оперированных 48 больных только у двух (4,16 %) при ПГИ операционного материала подтвердили РЩЖ: в одном случае – папиллярный рак, во втором – медуллярный рак (рисунок 2).

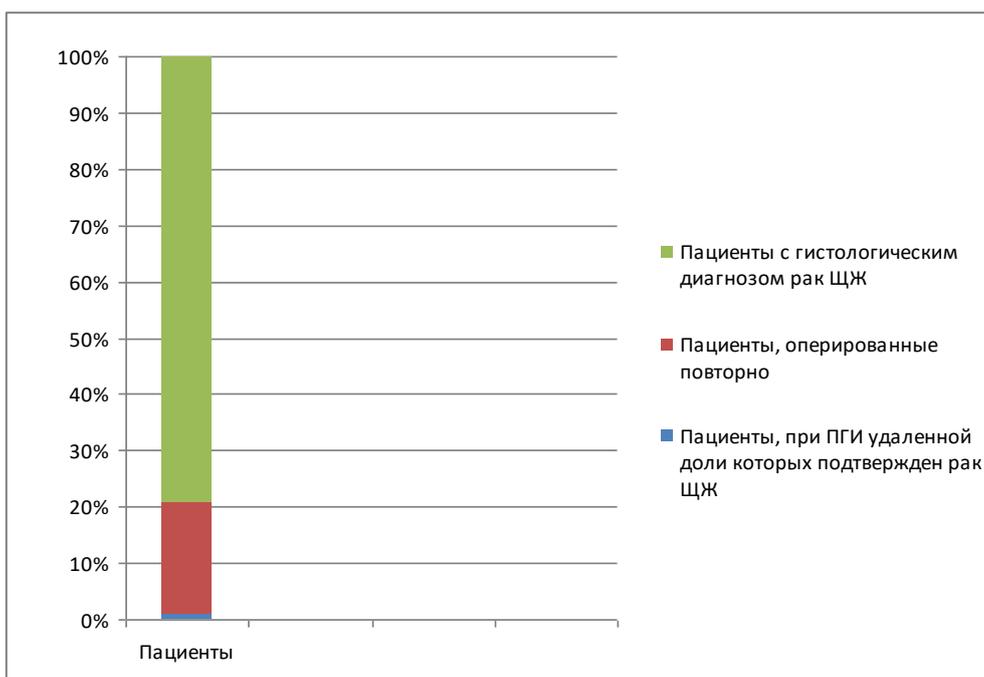


Рисунок 2 – Структура пациентов с верифицированным диагнозом рак щитовидной железы

Обсуждения

При дифференцированном одностороннем РЩЖ в нашей стране применяют органосберегающие операции, причем допускается сохранение тиреоидной ткани той доли, которая не содержит очагов злокачественного роста. Таким образом, в качестве минимального объема вмешательства выполняется гемитиреоидэктомия. Доказательством обоснованности такой установки послужили морфофункциональные исследования лимфатической системы ЩЖ и шеи, преимущественное поражение опухолью (в 51–90,3 % случае) одной доли и редкое появление рецидивов рака в другой (4,2–6,0 %) доли. В европейских странах и в США при дифференцированном РЩЖ нередко рекомендуется полное удаление органа. Однако сопоставление частоты возникновения высокодифференцированного рака в удаленной, макроскопически неизменной доле ЩЖ (30–38 %) с редким (4–5 %) рецидивированием карциномы в оставленной тиреоидной ткани, по клиническим данным, заставило нас пересмотреть свое понимание адекватности объема

операций при дифференцированном раке в направлении сохранения функционирующей ткани. Число осложнений после органосберегающих операций сокращается, а отдаленные результаты лечения сопоставимы с таковыми при тиреоидэктомии. Кроме того, при появлении рецидивов и метастазов рака можно удалить оставшуюся часть ЩЖ с меньшей опасностью для больных, чем регулярно выполнять тиреоидэктомию.

Актуальным является вопрос о прогнозировании вероятности развития послеоперационного гипотиреоза (ПОГ). Хирургическое лечение папиллярных карцином достаточно для выздоровления пациентов. За редким исключением дополнительной терапии не требуется, рецидивы возникают редко (10 % случаев) за счет метастазов в регионарные лимфатические узлы, локального рецидива истинной ткани ЩЖ или отдаленных метастазов (чаще в легкие или костную ткань) [10]. В наших двух случаях рецидивы заболевания у пациентов пока не выявлялись, несмотря на постоянный сонологический контроль и амбулаторное наблюдение у специалистов. Зарубежные авторы приводят противоречивые данные: одни считают, что различия в хирургических осложнениях после первого и второго этапов хирургического лечения нет [10]. Другие приводят статистику, в большей степени близкую нам, утверждая, что частота возникновения осложнений после завершающей тиреоидэктомии значительно выше по сравнению с первичными операциями [10]. Второй взгляд на проблему находит отражение в реальности. После первого (для большей части пациентов – единственного) этапа хирургического лечения у 50 (7 %) больных была транзиторная гипокальциемия, скорригированная назначением препаратов кальция парентерально за время госпитализации. Что касается пациентов, оперированных повторно, то у них осложнения в виде транзиторной гипокальциемии развивалась чаще – в 20,8 % случаев. Подобно пациентам из первой группы, общее состояние больных улучшилось за время госпитализации на фоне парентерального введения препаратов кальция. В одном (2 %) случае возникло

интенсивное кровотечение из послеоперационной раны. Больному выполнен гемостаз в условиях операционной.

Заключение

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения дифференцированного РЩЖ позволяет сделать вывод о том, что в наблюдениях, где было выполнено удаление доли ЩЖ с верифицированным гистологическим диагнозом, риск рецидива заболевания минимальный, а также снижен риск возникновения осложнений после тиреоидэктомии. Проведенный анализ прооперированных пациентов показал, что повторное хирургическое вмешательство после гемитиреоидэктомии по поводу высокодифференцированного новообразования проводить не стоит как по причине низкой доли подтвержденного рака (4,16 %), так и в силу большого риска возникновения послеоперационных осложнений при удалении оставшейся доли ЩЖ. При получении цитологического заключения «фолликулярная опухоль» у пациентов необходимо брать анализ на кальцитонин. При подтверждении его повышенного уровня показан минимальный объем оперативного вмешательства – тиреоидэктомия с билатеральной центральной лимфаденэктомией.

Список литературы

1. Поляков А. П. Клинические наблюдения эффективности терапии метастатического радиойодрефрактерного высококодифференцированного рака щитовидной железы мультикиназными ингибиторами / А. П. Поляков, А. В. Мордовский, П. А. Никифоровичи др. // Эндокринная хирургия. – 2018. – Т. 12, № 2. – С. 81–88.
2. Surgical treatment of thyroid follicular neoplasms: results of retrospective analysis of a large clinical series // *Endocrine*. – 2017. – V. 55. – № 2. – P. 530–538.
3. *Mark A. Rafferty, David P. Goldstein et al.* Completion thyroidectomy versus total thyroidectomy: is there a difference in complication rates? An analysis of 350 patients // *Journal of the American College of Surgeons*. – 2007. – V. 205. – № 4. – P. 602–607.
4. *Conzo G., Troncone G., Pizza A et al. Tam-Lin Chow, Susanna Wai-Yin Tam et al.* Hemithyroidectomy for low-risk follicular carcinoma of the thyroid: results from a regional hospital // *Singapore Med. J.* – 2018. – V. 59. – № 6. – P. 311–315.
5. *Dobrinja C. et al. Spanheimer P. M., Sag S. L. et al.* Surveillance and intervention after thyroid lobectomy // *Annals Surgical Oncology*. – 2011: 18(6):1729–33.
6. *Farkas E. A, King T. A. et al.* A comparison of total thyroidectomy and lobectomy in the treatment of dominant thyroid nodules // *Am Surg*. – 2002. V. 68. – № 8. – P. 678–682. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-60327-071-7>
7. Reasons associated with total thyroidectomy as initial surgical management of an indeterminate thyroid nodule // *Annals of Surgical Oncology*. – 2018. – V. 25. – № 5. – P. 1410–1417.
8. *Sam M. Wiseman, Christopher Baliski et al. Giovanni Gonzo, Nicola Avenia et al.* Hemithyroidectomy: the optimal initial surgical approach for individuals undergoing surgery for a cytological diagnosis of follicular neoplasm // *Annals of Surgical Oncology*. – 2006. V.13. – № 3. – P. 425–432.
9. *Michael Vaiman, Andrey Nagibin et al.* Complications in primary and completed thyroidectomy // *Surgery Today*. – 2010. – V. 40. – № 2. – P. 114–118.
10. *Trevor E. Angell, Chirag M. Vyas et al. Clive S. Grant.* Recurrence of papillary thyroid cancer after optimized surgery // *Gland Surgery*. – 2015. – V. 4. – № 1. – P.52–62.