

Ю.М. Стернюк, В.С. Вовк, М.І. Березюк

РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ: ОПТИМІЗАЦІЯ СТАНДАРТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

e-mail: dr.sternyuk@gmail.com

Резюме: Для оптимізації стандартів хірургічного лікування раку щитоподібної залози запропоновано в якості вибору операцію тироїдектомію моноблочно з дисекцією центрального басейну лімфатичного метастазування та латеральні мікродисекції, орієнтовані на басейни лімфогенного метастазування за результатами «діагностичної» лімфаденектомії. Передбачається можливість широких комбінованих операцій та профілактичних тироїдектомій медулярних раках.

Ключові слова: рак щитоподібної залози, медулярні раки, тироїдектомія, відстрочена тироїдектомія, дисекція лімфатичних вузлів.

Вступ. Якість медичної допомоги (ЯМД) є провідною у стратегії ВООЗ – «Здоров'я – XXI: основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні» та пріоритетом сучасного етапу організації медичної допомоги (МД)³. Однією із вимог поліпшення ЯМД в умовах сьогодення реформування вітчизняної системи охорони здоров'я (ОЗ) є застосування медичних стандартів (МС), побудованих на засадах доказової медицини (ДМ). Впровадження в медичну практику медико-технологічних стандартів – універсальних клінічних протоколів (КП), створених на їх основі локальних КП (клінічних маршрутів пацієнтів) (ЛКП) і лікових формулярів передбачено Основами законодавства України про ОЗ¹, Концепцією управління якістю МД у галузі ОЗ України на період до 2020 року³, галузевими нормативними документами^{2,4,5}.

З клінічної точки зору критеріями ЯМД є одужання, ймовірність рецидивів, ступінь медичної трудової та соціальної реабілітації, тривалість і якість життя (ЯЖ), як інтегральний показник. Особливо відчутною щодо ЯЖ хворої людини є онкологічна практика, де в зв'язку із агресивністю патології та методів лікування, значною мірою знижуються більшість із параметрів якості життя пацієнтів: працездатність, тривалість життя, матеріальні ресурси тощо. Тож, пошуки ефективних підходів та удосконалення методів лікування онкологічної патології залишаються актуальною проблемою сучасної медичної науки і практики. Зокрема, це стосується раку щитоподібної залози (РЩЗ), де хірургічне ліку-

вання все ще визначальне в комплексі сучасних методів надання МД. Чинними стандартами МД – КП при РЩЗ в залежності від клініко-морфологічної характеристики та стадійності пухлинного процесу регламентовано застосування хірургічного, радіоізотопного, променевого та гормонального лікування⁴. Однак, віддалені результати лікування хворих на РЩЗ в сучасній світовій та вітчизняній клінічній практиці засвідчують актуальність подальших пошуків ефективніших підходів, зокрема, й до хірургічного лікування РЩЗ. Доцільність проведення тироїдектомії, як операції вибору, не викликає сумнівів. Показання до дисекції лімфатичних вузлів у чинних КП окреслені дуже загальною, а їх трактування залежить великою мірою від досвіду окремих клініко-хірургічних шкіл^{7,12,13}.

Окрім цього, для РЩЗ досі не запропоновано ефективних схем хіміотерапевтичного лікування. Це ускладнює опрацювання ЛКП, лікового формуляру, які передбачені не лише методикою розробки уніфікованих та локальних КП⁵, але й Законом України¹.

Мета дослідження. На підставі аналізу сучасних доступних інформаційних потоків та результатів власних досліджень із проблематики хірургічного лікування РЩЗ розробити пропозиції щодо поліпшення якості КП при цій патології.

Матеріали та методи дослідження. Здійснено аналіз прийнятих в Україні стандартів хірургічного лікування РЩЗ⁴, узагальнено дані вітчизняних та закордонних джерел інформації стосовно показань та операцій на щитоподібній залозі (ЩЗ) та regio-

нарному лімфатичному апараті (РЛА) при цій патології. Проаналізовано досвід лікування 830 хворих на РЩЗ у Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі за період 1984-2010 рр. У дослідження включено пацієнтів із достовірною інформацією про результати лікування. Розподіл хворих на клініко-статистичні групи (КСГ) здійснювався за клініко-морфологічними ознаками та підходами до хірургічного лікування. Порівнянню підлягали результати лікування із застосуванням традиційної та радикальної тактик. Хірургічне лікування традиційним методом – операція тироїдектомії, а за наявності метастазів – лімфатична дисекція метастатично уражених лімфатичних вузлів. Радикальна хірургічна тактика передбачає тироїдектомію моноблочно з дисекцією центрального басейну. Дисекція латеральних басейнів (системна мікродисекція) проводилась за результатами «діагностичної» лімфаденектомії та при наявності ознак метастазів у лімфатичних вузлах латеральних басейнів.

До КСГ Д-1 віднесені пацієнти із диференційованими формами РЩЗ (ДРЩЗ), які отримали лікування традиційними методами (n=149); до КСГ Д-2 – оперовані із застосуванням радикальної хірургічної тактики (n=159). Хворі на медулярний РЩЗ (МРЩЗ) склали, відповідно, КСГ М-1 – пацієнти, яким проведено радикальне хірургічне лікування під час першої операції (n=42), та КСГ М-2, де радикальне хірургічне лікування здійснювалось під час наступних операцій (операція комплектації) (n=42).

Статистичний аналіз одержаних результатів здійснювали з використанням методів описової статистики, методів аналізу виживаності (методу Каплана-Мейера і логрангового критерію). При застосуванні всіх статистичних методів за рівень значущості було взято 0,05. Для розрахунків використовували програми *MS Excel* та *SPSS 13.0*.

Основні чинники в порівнюваних групах істотно не відрізнялися за показниками: стать (p=0,889), вік (p=0,958), гістологічна будова РЩЗ (p=0,996), категорія пухлини Т (p=0,181), ураження регіонарних лімфовузлів N1 (p=0,971), що дозволило констатувати вихідну однорідність цих груп. Ефективність хірургічного лікування оцінювали за часткою рецидивів, що виникли після операції.

Використано методи: системний, бібліографічний, клінічні, стандартизація, порівняльно-аналітичний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Лікування РЩЗ, зокрема хірургічне,

в якості основного, проводиться в Україні згідно стандартів лікування, розроблених Національним інститутом раку⁴. За чинним КП хірургічне лікування при папілярному (ПРЩЗ) та фолікулярному РЩЗ (ФРЩЗ) в залежності від стадійності процесу та ураження лімфатичного апарату передбачає операції гемітироїдектомію, тироїдектомію, тироїдектомію + фасціальну-футлярну шийну дисекцію або операцію Крайля, які доповнюються радіоїодтерапією та супресивною гормонотерапією. При МРЩЗ – лікування полягає в операції гемітироїдектомії, тироїдектомії в комплексі з дистанційною гамма-терапією на зону первинного вогнища та регіонарних лімфовузлів⁴. Не маючи принципових заперечень щодо згаданих стандартів, слід зазначити, що на низку питань, які виникають у практикуючого лікаря, вони не дають вичерпної відповіді. Львівська школа онкології накопичила достатній досвід лікування РЩЗ. Останнім часом він збагатився завдяки співпраці з хірургічною клінікою Віденського медичного університету (Австрія). Спільно проведені дослідження дозволяють розглянути схему хірургічного лікування РЩЗ ширше.

Крім класичних основних типів РЩЗ ВО-ОЗ у 2004 р. визначила низку субтипів, які мають свої морфологічні особливості та частково відрізняються від власних ортопластичних типів у прогностичному плані. В сучасній онкологічній практиці виділяють 4 основні форми РЩЗ – ПРЩЗ, ФРЩЗ, недиференційований (анапластичний) (НРЩЗ) та МРЩЗ, які відрізняються біологічно, морфологічно та генетично, що певним чином впливає на методи лікування, зокрема хірургічний як провідний¹². Враховуючи гістогенез, морфологію, генетику та біологію, всю сукупність пухлин ЩЗ (тироцитарні – ПРЩЗ, ФРЩЗ, НРЩЗ і парафолікулярні – МРЩЗ) можна поділити на: клінічно симптомні раки, медулярні раки (спорадичні, сімейні), клінічно асимптомні, здебільшого диференційовані карциноми як післяопераційна випадкова знахідка¹². Клінічно асимптомним, здебільшого, диференційованим карциномам (виявленим як післяопераційна знахідка), характерна невизначеність щодо індивідуального прогнозу рецидиву чи метастазів, що надає особливої актуальності проблемі комплектуючої операції^{6,12}. Провідними прогностичними факторами ризику, які вважаються характер лікування РЩЗ, зокрема, хірургічного, на сьогодні визнають: розміри пухлини, мультифокальність, інвазію в судини, екстратироїдний ріст, уражен-

ня лімфатичних вузлів і віддалене метастазування^{12,15}. Наявність локорегіонарних метастазів без синх-ронних чи метакронних віддалених метастазів, особливо за ПРЩЗ, на чільне місце висуває проблему дисекції лімфатичних вузлів з опрацюванням показань, обсягу проведення втручань і ризику ускладнень^{7,13}. Хірургічне лікування МРЩЗ передбачає вирішення проблеми профілактичних хірургічних втручань⁸. Значний вплив на проблему комплектуючої операції та дисекцію лімфатичних вузлів справили поступові зміни в TNM-класифікаціях (5-е, 6-е та 7-е видання), які наблизили РЩЗ до класифікації плоскоклітинних пухлин голови та шиї^{9,18}. Отож, до проблемних питань в опрацюванні стандартів МД при РЩЗ слід віднести й уніфікацію клінічних класифікацій та підходів до хірургічного лікування.

Хірургічні втручання при РЩЗ відрізняються не лише обсягом резекції на первин-

ному органі, а й на регіонарних лімфатичних вузлах^{7,13}. Значна частка метастазів раку у лімфатичних вузлах за певних форм РЩЗ при відсутності віддалених метастазів наділяє концепцію лімфаденектомії за РЩЗ, на відміну від інших локалізацій злоякісних пухлин, самостійною роллю^{7,13}.

Основною в хірургії РЩЗ залишається тироїдектомія. При медулярних раках ефективним методом хірургічного лікування вважається профілактична тироїдектомія носіїв мутації⁸. При ПРЩЗ нижньою межею показань до тироїдектомії в залежності від розмірів пухлини вважають 1 см^{11,15} (табл. 1). Інші характеристики росту за ДРЩЗ, такі як мультифокальність, мінімально екстратироїдний ріст за ПРЩЗ або інвазія в судини при мінімально-інвазивному ФРЩЗ не набули остаточної ясності стосовно їх прогностичної цінності¹². Тому надалі діє рекомендація проведення тироїдектомії (табл. 1).

Таблиця 1. Покази до тироїдектомії та умови, за яких комплектуюча операція не обов'язкова

| Тип пухлини | Тироїдектомія (одномоментна, двомоментна) | Відсутність показів до комплектуючої операції |
|------------------------|--|--|
| Папілярний РЩЗ | >1 см за уніфокального росту або за мультифокального росту незалежно від розмірів, проростання в капсулу чи наявність метастазів | <1 см за уніфокального росту, відсутність мультифокального росту, проростання в капсулу, відсутність метастазів |
| Фолікулярний РЩЗ | Мінімально інвазивний ріст з інвазією судин, широко інвазивний ріст або наявність метастазів | Мінімально інвазивний ріст без інвазії в судини, відсутність метастазів |
| Недиференційований РЩЗ | Будь-які розміри пухлини | – |
| Медулярний РЩЗ | Будь-які розміри пухлини | Спорадичний медулярний РЩЗ за умови нормального базального та стимульованого рівнів кальцитоніну в післяопераційному періоді |

При НРЩЗ незалежно від розмірів пухлини, МРЩЗ з мультифокальним ростом пухлини завжди показана тироїдектомія^{8,12}. Дискусійним залишається питання щодо показань і часу виконання цього втручання в профілактичному плані за С-клітинної гіперплазії⁴. У носіїв гену сімейного МРЩЗ показання до проведення профілактичної тироїдектомії та час її проведення визначаються типом мутації і актуальною концентрацією кальцитоніну¹².

Широке застосування скринінгу кальцитоніну при спостереженні за пацієнтами з вузловим зобом призвело до істотного зростання частоти виявлення преклінічних спорадичних С-клітинних гіперплазій та медулярних мікрокарцином, що істотно поліпшило прогноз лікування спорадичного МРЩЗ¹². Набула розповсюдження рекомендація застосовувати тироїдектомію за рівня вмісту стимульованого кальцитоніну понад 100 пг/мл (норма

10 пг/мл)¹². Найвагомим аргументом на користь зазначеної тактики слугує факт відсутності ефективних лікувальних заходів стосовно потенційних метастазів МРЩЗ. Сприятливий прогноз можна очікувати лише при пухлинах МРЩЗ до 10 мм¹². У носіїв гену сімейного МРЩЗ показання до проведення профілактичної тироїдектомії й час її здійснення визначаються типом мутації та актуальною концентрацією кальцитоніну^{8,12}. На підставі актуальної на сьогодні генотип-фенотип-кореляції, а також за рівнем кальцитоніну розрізняють 3 групи ризику переходу С-клітинної гіперплазії в МРЩЗ (табл. 2). При цьому, вважається, що за нормального базального рівня кальцитоніну метастази у лімфатичних вузлах відсутні^{8,12,13} і така ситуація у носіїв гену сімейного МРЩЗ є оптимальною для проведення профілактичної тироїдектомії^{9,13}.

Таблиця 2. Ризик переходу С-клітинної гіперплазії в МРЦЗ^{8,12}

| Ступінь ризику | За генотип-фенотип-кореляцією | За вмістом кальцитоніну |
|----------------|---|--|
| Високий | мутація RET-протоонкогену в 883 та 918 кодоні | високий базальний і стимульований рівень |
| Середній | мутація в 609, 611, 618, 620, 630, 634 кодоні | базальний рівень кальцитоніну нормальний, стимульований підвищений |
| Низький | мутації в 768, 790, 791, 804, 891 кодонах | базальний і стимульований рівні кальцитоніну нормальні |

При РЦЗ, зокрема, з переважно лімфогенним метастазуванням, набуває важливої самостійної ролі лімфаденектомія, яка проводиться з орієнтацією на басейни лімфатичного відпливу^{7,13}.

Недостатня дисекція лімфатичних вузлів при РЦЗ із домінуючим лімфогенним метастазуванням породжує значну частку локорегіонарних рецидивів і вимагає повторних операцій з їх видалення. Таким втручанням притаманні ускладнення, що суттєво погіршують ЯЖ пацієнтів^{7,12,15}. Йдеться про лімфорею та порушення низки нервів і функції таких органів шийї, як трахея, гортань, стравохід.

При РЦЗ з переважно гематогенним метастазуванням (ФРЦЗ, НРЦЗ) локорегіонарна дисекція лімфатичних вузлів суттєво не покращує прогнозу, однак, в окремих випадках за відповідного перебігу пухлини може усунувати локальні ускладнення^{12,14}.

Міжнародне визнання при первинних і комплектуючих операціях отримала концепція лімфатичної мікродисекції з оптичним збільшенням, орієнтована за басейнами лімфатичного відпливу¹⁰. Ціллю лімфатичної мікродисекції, орієнтованої за басейнами, є видалення всієї жирової тканини з лімфатичними вузлами у межах басейну, а не лише макроскопово уражених лімфатичних вузлів. Селективна лімфатична дисекція або дисекції типу «*berry packing*» залишається актуальною лише в ситуаціях лікування рецидивів¹⁰. Цілком виправданим є застосування принципу «один вузол – цілий басейн», де один макроскопово уражений вузол, як вершина айсберга, скоріше свідчить про масу (мікро-) метастазів у межах басейну^{12,13}.

На підставі аналізу^{7,12,13,14,16,17} нами сформулювало сучасні підходи до визначення показань до проведення лімфатичних дисекцій (табл. 3).

Таблиця 3. Показання та обсяг лімфаденектомії при РЦЗ

| Тип раку | Покази | Обсяг |
|----------|--|--|
| ПРЦЗ | Уніфокальні пухлини >1 см або незалежно від розміру мультифокальні чи з проростанням в капсулу або метастазами | Обов'язково: Б1, відповідно до сторони ураження Б2, Б3 чи Б4 |
| ФРЦЗ | Ураження лімфатичних вузлів | Відповідно до сторони ураження: Б1, 2, 3 чи 4. |
| НРЦЗ | Незалежно від розмірів пухлини | Обов'язково: Б1, відповідно до сторони ураження Б2, Б3 чи Б4 |
| МРЦЗ | Пухлини <5 мм або рівень стимульованого кальцитоніну <500 пг/мл Пухлини >5 мм або рівень стимульованого кальцитоніну >500 пг/мл | Б1 Б1-3, відповідно до сторони ураження Б4. |

Двобічна центральна дисекція передбачає дисекцію центрального басейну. Це обов'язкова складова частина кожної первинної операції з приводу РЦЗ. Винятком є уніфокальні інтра tiroїдальні папілярні мікрокарциноми без ураження лімфатичних вузлів та ФРЦЗ без ураження лімфатичних вузлів^{7,12,13}. Двобічна шийна латеральна дисекція показана при наявних метастазах у лімфатичних вузлах. Рекомендація двобічної латеральної дисекції в поєднанні з центральною при МРЦЗ, якому властивий білатеральний мультифокальний ріст, базується на

тому, що понад 25% пацієнтів зі згаданою патологією мають двобічне ураження контрлатеральних лімфатичних вузлів. Додатковою умовою для проведення двобічної шийної латеральної дисекції при цьому слугують розміри пухлини більше 5 мм та рівень стимульованого кальцитоніну в сироватці крові більше 500 пг/мл (норма <10 пг/мл)¹². Двобічна латеральна дисекція в поєднанні з центральною при ПРЦЗ доцільна при поширеному метастазуванні в центральному басейні, оскільки доведено, що при метастазах більше ніж у 5 лімфатичних вузлах цент-

рального басейну в понад 60% пацієнтів наявне двобічне ураження латеральних басейнів¹⁴. Унілатеральна іпсилатеральна дисекція показана передовсім при перед- та інтраопераційному виявленні уражених лімфатичних вузлів. При ПРЦЗ та МРЦЗ такі операції показані також у випадку ураження центрального басейну^{12,14}.

Заслугове уваги підхід до встановлення показань до латеральної дисекції за результатами «діагностичної» лімфаденектомії середньогулярної групи лімфатичних вузлів, яким керуються у практиці лікування РЦЗ у Львівському онкологічному центрі. Згідно наших досліджень, відсутність метастазів у середньогулярній групі лімфатичних вузлів для ДРЦЗ на 93,8%, а для МРЦЗ – на 100%, корелює з відсутністю метастазів по всьому латеральному басейну⁷. Наявність же метастазів у згаданій групі лімфатичних вузлів такої чіткої кореляції з наявністю метастазів у решті латерального басейну не проявляє⁷. Застосування «діагностичної» лімфаденектомії запобігає надлишковій терапії й тим самим попереджує появу можливих ускладнень, пов'язаних із хірургічними втручаннями у цій зоні шиї.

Показання до середостінної/інфрabraхіоцефальної лімфатичної дисекції формулюються лише за перед- чи інтраопераційної підозри або виявлення метастазів у лімфатичних вузлах згаданої локалізації. Ймовірність ураження середостінного басейну при ПРЦЗ істотно зростає при несприятливих варіантах диференціації пухлин та наявності уражених більше, ніж 14 лімфатичних вузлів шиї⁹. При МРЦЗ імовірність метастатичного ураження середостінного басейну висока при наявності ураження лімфатичних вузлів контралатерального шийного басейну або пухлини, що виходить за межі органу^{7,9,15}.

У 10-15% пацієнтів після операції з приводу доброякісної патології ЩЗ на підставі остаточного гістологічного дослідження діагностується рак й виникає необхідність виконання комплекуючої операції. Запобігти такій ситуації на сьогодні нема змоги^{6,12}. Частота комплекуючих операцій є показником якості роботи закладу ОЗ. Комплекуюча операція, тобто повторна з приводу первинної пухлини, при РЦЗ показана за наступних обставин: залишки пухлини (резекція R1/R2) після первинної резекції ЩЗ; післяопераційне виявлення РЦЗ у резектованій ЩЗ після операції обсягом меншим за тироїдектомію за наявності показань до радіойодтерапії та непридатності залишка ЩЗ до абляції; післяопераційне виявлення уражених лімфатичних

вузлів або віддалених метастазів; післяопераційне виявлення медулярного раку після операції обсягом меншим за тироїдектомію. Вважаємо, що залишки пухлини після первинної резекції ЩЗ обсягом меншим за тироїдектомію зобов'язують до негайного проведення повторної операції. За недиференційованих раків, як правило, від повторної операції доцільно відмовитись і застосувати зовнішнє опромінення¹². Випадкове післяопераційне виявлення диференційованого раку, видаленого в межах здорових тканин, при наявності показань до абляції радіоактивним йодом зобов'язує до комплекуючої операції (за папілярного ПРЦЗ >1 см, інвазії в капсулу чи мультифокальності або мінімальноінвазивного ФРЦЗ з інвазією в судини).

На нашу думку, післяопераційне виявлення уражених лімфатичних вузлів або віддалених метастазів при ДРЦЗ є показанням до проведення комплекуючої операції, яку бажано провести перед радіойодтерапією, а не після неї^{6,12}. Наявність метастазів у лімфатичних вузлах лише у рідкісних випадках слугує показанням до проведення радіойодтерапії. Слід завжди намагатись здійснити хірургічне лікування. Післяопераційне виявлення МРЦЗ після операції обсягом меншим за тироїдектомію завжди є показанням до проведення комплекуючої операції^{6,12,15,16,17}.

Приблизно в 6% спостережень при РЦЗ має місце інвазія в органи дихання та травлення, не враховуючи інфільтрації в м'які перитироїдальні тканини та, іноді, в судини⁶. Дві третини випадків припадають на гортань та трахею, 1/3 – на стравохід, що вимагає вісцеральних шийних резекцій¹². Показання до таких операцій слід формувати, враховуючи тип пухлини та її стадію, обсяг екстра- чи транс/інтрамуральної інвазії, а також загальний стан пацієнта та його власне бачення доцільності такої операції. За умови несприятливості хоч одного із перелічених критеріїв, доцільно відмовитись від операції вісцеральної шийної резекції або застосувати техніку, яку в іноземній літературі окреслюють часто терміном «*shaving*»¹² і/або запропонувати альтернативний нерезекційний спосіб лікування.

Операцію вісцеральної шийної резекції слід здійснювати одним блоком, починаючи від зовнішніх меж пухлинної інфільтрації та зберігаючи достатню віддаль від інфільтрованих тканин на трахеї чи гортані. Лише таким чином можна забезпечити оптимальний обсяг резекції трахеї. При резекції стравоходу цілісність травного тракту відновлюється завдяки пластиці відрізком тонкої кишки. В

окремих випадках для забезпечення радикальності операції можлива резекція поворотного гортанного нерва. Пацієнтам із передбачуваним двобічним пошкодженням поворотних гортанних нервів може бути запропонована попередня передопераційна латералізація певної голосової зв'язки. Для інтраопераційного прийняття рішення стосовно стану поворотного гортанного нерва певну допомогу надає нейромоніторинг¹³.

Керуючись наведеними вище принципами, ми досягнули покращення результатів хірургічного лікування РЩЗ. У групі Д-1 загальна 5-ти річна виживаність становила 95,77%, 5-ти річна безрецидивна – 85,92%. У групі Д-2 загальна 5-ти річна виживаність становить 98,11%, 5-ти річна безрецидивна – 96,23%. Отже, 5-ти річна безрецидивна виживаність зросла на 11,38% ($p=0,004$). За час спостереження у групі Д-1 виявлено 10 локо-регіонарних рецидивів ($14,1\pm 4,1\%$), у групі Д-2 – 6 ($3,8\pm 1,5\%$).

Порівняння результатів застосування радикального хірургічного лікування медулярного раку в залежності від етапу його застосування (під час першого хірургічного втручання чи лікування доповнювалось операцією комплектації) засвідчило, що застосування радикальної хірургічної тактики лікування МРЩЗ під час I-ої операції поліпшує 5-ти річну загальну виживаність на 29,41% ($p=0,024$), а 5-ти річну безрецидивну – на 45,66% ($p=0,0001$) у порівнянні з операціями, де ця тактика застосовувалась під час повторних операцій.

Таким чином, на підставі дослідження сучасних інформаційних джерел із проблема-

тики онкопатології ЩЗ, а також клінічного досвіду хірургічного лікування РЩЗ у Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі, можна вважати, що провідним методом у лікуванні ПРЩЗ та ФРЩЗ залишається хірургічний, який передбачає моноблочну тироїдектомію з дисекцією центрального лімфатичного басейну у поєднанні з латеральними мікродисекціями, орієнтованими на басейни лімфогенного метастазування за результати діагностичної лімфаденектомії. В лікуванні МРЩЗ вирішальною, на нашу думку, є достовірна первинна діагностика і застосування адекватного обсягу хірургічного втручання вже під час першої операції, що призводить до значного покращення показників 5-ти річної загальної виживаності та 5-ти річної безрецидивної виживаності. Важлива роль у хірургічному лікуванні медулярного РЩЗ належить профілактичним операціям у носіїв відповідних генних мутацій. Хірургічне лікування диференційованих форм РЩЗ в пізніх стадіях передбачає широке застосування вісцеральних резекцій.

Результати проведених досліджень засвідчують доцільність перегляду чинних КП лікування РЩЗ з урахуванням сучасних тенденцій в діагностиці та хірургічній тактиці, доказових даних щодо ефективності застосування методів хірургічного втручання, медикаментозної та променевої терапії. Вважаємо за можливе в оновлених КП врахувати й наведені вище дані. При цьому, на нашу думку, відповідний КП, як інформаційний стандарт, слід викласти у форматі, передбаченому методикою, затвердженою МОЗ України⁵.

Висновки:

1. Застосування сучасних підходів до діагностики та оперативного лікування раку щитоподібної залози в комплексі із супресивною гормонотерапією та променевою терапією дозволяють покращити якість медичної допомоги, а відтак і якість життя пацієнтів із пухлинною щитоподібної залози.
2. Аналіз чинних клінічних протоколів лікування раку щитоподібної залози, сучасних адекватних інформаційних дже-

рел, клінічного досвіду Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру при цій патології засвідчують необхідність перегляду відповідних універсальних клінічних протоколів, приведення їх у відповідність до сучасних вимог до медико-технологічних стандартів та можливості створення на їх основі реальних для застосування локальних клінічних протоколів.

Література:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України №2801-ХІІ. (Редакція від 01.01.2013). [Електронний ресурс]. – Ре-

жим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

2. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до

- 2020 року. Наказ МОЗ України від 19.09.2011 р. №597. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12748>
3. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. №454. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html
 4. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія». Наказ МОЗ України від 17.09.2007 р. №554. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070917_554
 5. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина 2). Наказ МОЗ України, НАМН України від 03.11.2009 №798/75. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091103_798_798_.html
 6. *Стернюк Ю.М.* Повторні операції за раку щитоподібної залози / *Ю.М. Стернюк* // Клін. ендокринолог. та ендокринна хірургія. – 2008. – №1 (22). – С. 25-34.
 7. *Стернюк Ю.М.* Лімфаденектомія при раку щитоподібної залози / *Ю.М. Стернюк* // Acta medica Leopoliensia. – 2007. – Т. 13, №3. – С. 85-95.
 8. *Стернюк Ю.М.* Профілактичні хірургічні втручання на щитоподібній залозі / *Ю.М. Стернюк* // Acta medica Leopoliensia. – 2007. – Т. 13, № 1–2. – С. 152-160.
 9. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. – 2010. – Springer. – P.87-92.
 10. Compartment-oriented microdissection of regional lymph nodes in medullary thyroid carcinoma / *H. Dralle, I. Damm, G.F.W. Scheumann* [et al.] // Surg Today. – 1994. – №24. – P.112-121.
 11. Differentiated thyroid cancer 11–20 mm in diameter have clinical and histopathologic characteristics suggesting higher aggressiveness than those ≤10 mm / *R. Rossi, E. Roti, G. Transforini* [et al.] // Thyroid. – 2008. – №18. – P. 309–315.
 12. *Dralle H.* Chirurgie der Schilddrüsenkarzinome / *H. Dralle, K. Lorenz, A. Machens* // Chirurg. – 2009. – №80. – P.1069-1083.
 13. *Dralle H.* Lymphadenektomie beim Schilddrüsenkarzinom / *H. Dralle, O. Gimm* // Chirurg. – 1996. – №67. – P. 788-806.
 14. *Machens A.* Lymph node dissection in the lateral neck for completion in central node-positive papillary thyroid cancer / *A. Machens, S. Hauptmann, H. Dralle* // Surgery. – 2009. – №145. – P. 176-181.
 15. Papillary thyroid carcinoma and microcarcinoma: is there a need to distinguish the two? / *N. Arora, H.K. Turbendian, M.A. Kato* [et al.] // Thyroid. – 2009. – №19. – P. 473-477.
 16. *Roh J.L.* Total thyroidectomy plus neck dissection in differentiated papillary thyroid carcinoma patients / *J.L. Roh, J.Y. Park, C.I. Park* // Ann Surg. – 2007. – №245. – P. 604-610.
 17. *White M.L.* Central lymph node dissection in differentiated thyroid cancer / *M.L. White, P.G. Gauger, G.M. Doherty* // World JSurg. – 2007. – №31. – P. 895-904.
 18. *Wittekind C.* TNM Klassifikation maligner Tumoren / *C. Wittekind, H.J. Meyer, F. Bootz*. – Springer, Berlin, 2002. – 6. Aufl. – P. 49-52.

УДК 616.441-006 – 033.2: 611 – 018.98

РАК ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗЫ: ОПТИМИЗАЦИЯ СТАНДАРТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ю.М. Стернюк, В.С. Вовк, М.И. Березюк

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Резюме: Для оптимизации стандартов лечения рака щитовидной железы, в частности хирургического, предложено в качестве выбора операцию тироектомии моноблочно с диссекцией центрального бассейна лимфатического метастазирования и латеральные микродиссекции, ориентированные на бассейны лимфогенного метастазирования за результатами «диагностической» лимфаденектомии. Предусмотрена возможность широких комбинированных операций и профилактических тироектомий при медулярных раках.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, тироектомия, отсроченная тироектомия, диссекция лимфатических узлов.

UDC 616.441-006 – 033.2: 611 – 018.98

THYROID CANCER: OPTIMIZATION OF THE SURGICAL TREATMENT STANDARDS

Y.M. Sterniuk, V.S. Vovk, M.I. Berezyuk

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Summary: This paper proposes the use of thyroidectomy en bloc with central lymphatic dissection and lateral microdissections on the basis of presurgical “diagnostic” lymphadenectomy to optimize thyroid cancer surgery

ISSN 2070-3112

«Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація»

2013, №1

standards. The possibility to perform extensive combined surgical operations and preventive thyroidectomy in patients with medullar cancer is substantiated.

Keywords: thyroid cancer, thyroidectomy, delayed thyroidectomy, lymphatic dissection.

Надійшла до редакції 16.08.2013 р.