

*А. Е. Коваленко*

*Институт эндокринологии и обмена веществ им. В. П. Комиссаренко НАМН Украины*

## ТИРЕОИДНЫЕ УЗЛЫ И ПАПИЛЛЯРНЫЕ КАРЦИНОМЫ: ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА

Представлена концепция клинико-патогенетического подхода к диагностике и лечению узловых форм зоба и папиллярных карцином щитовидной железы у радиационно пострадавшего населения Украины, в основе которой лежит объективная оценка онкологического риска, определение показаний и объема оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** узловые формы зоба, папиллярные карциномы щитовидной железы, хирургическое лечение.

Количество пациентов, страдающих узловыми формами зоба и опухолями щитовидной железы, с течением времени продолжает увеличиваться. В 1999 году эндокринологи Украины сообщили о наличии 86265 пациентов с узловыми формами зоба. Через 13 лет в 2012 году число больных с тиреоидными узлами, имеющих клиническую значимость, увеличилось до 277551 наблюдений. Только за последний год их количество возросло на 16 тысяч.

Использование современных ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью позволяет диагностировать узловые образования щитовидной железы у 19–67% случайно отобранных людей, что ставит перед врачами задачу объективной оценки их реальной онкологической опасности [Cooper D. S. 2006]. По данным статистических отчетов в Украине за 2012 год диагностировано 33422 новых тиреоидных образования. Из них 3010 оказались злокачественными, что составило 9,0%.

Заболеваемость тиреоидным раком увеличивается во всем мире [Mazzaferrri E. L. 2011]. В Украине этот показатель в 2011 году составил 6,5 наблюдений на 100000 населения. В 2012 году заболеваемость злокачественными опухолями щитовидной железы достигла 6,6 случаев на 100000 населения.

Сохраняется высокая хирургическая активность в лечении заболеваний щитовидной железы. В 2012 году в Украине выполнено 9402 вмешательств на щитовидной железе (2,07 операции на 10000 населения). Благоприятно, что 90% вмешательств выполнено в специализированных отделениях эндокринной хирургии. Несомненно, что развитие тиреоидной хирургии требует постоянной коллегиальной работы специалистов по совершенствованию протоколов диагностики и лечения узловых форм зоба и карцином щитовидной железы.

**Цель исследования:** определить оптимальный протокол диагностики и лечения узловых форм зоба и папиллярных карцином щитовидной железы у населения Украины, адаптированный к условиям ситуации, сложившейся в период после аварии на Чернобыльской АЭС.

### Материал и методы

Проведен анализ хирургического лечения (1990–2012 гг.) 4983 больных с узловыми формами зоба и папиллярными карциномами щитовидной железы (3957 женщин и 1026 мужчин), находившихся в апреле 1986 года на территории Украины в детском и подростковом возрасте. Основными клинико-морфологическими формами заболевания были: папиллярная карцинома щитовидной железы – 2274 (45,6%), узловой коллоидный в различной степени пролиферирующий зоб – 1896 (38,1%), доброкачественные неоплазии – 513 (10,3%), гиперпластическая форма хронического аутоиммунного тиреоидита с узлообразованием – 235 (4,7%), функциональная автономия узлов – 65 (1,3%).

### Результаты и обсуждение

Диагностическая программа заболеваний щитовидной железы основана на использовании ультразвуковых, гормональных, цитологических, радионуклидных, рентгенологических методов, позволяющих верифицировать морфологическую структуру зоба до начала лечения, принять правильное решение о показаниях и объеме операции.

Цель клинического обследования больных с тиреоидными узлами заключается в решении трех основных диагностических вопросов, определяющих выбор метода лечения:

– объективная оценка возможности малигнизации;

- наличие местных компрессионных осложнений и косметических изменений;
- оценка клинических и субклинических нарушений тиреоидной функции.

Ультразвуковое исследование является самым распространенным методом визуализации щитовидной железы и должно быть не просто описательным, а быть акцентировано на возможности злокачественности. Современная высокоразрешающая эхография позволяет оценить риск малигнизации с точностью до 81,8%.

В настоящее время в условиях, сложившихся в Украине после аварии на Чернобыльской АЭС оправдан селективный ультразвуковой тиреоидный скрининг в группах риска, то есть среди лиц, которые, будучи в детском возрасте, находились в йодный период 1986 года в радиационно-пораженных областях Украины.

Клинические критерии злокачественности непальпируемых тиреоидных узлов в большинстве случаев отсутствуют [Papini E. 2002]. Единственным дооперационным методом прямой оценки структурных изменений в щитовидной железе является их тонкоигольная пункционная биопсия. При выборе показаний к биопсии важная роль в определении характера тиреоидных образований, имеющих высокий злокачественный потенциал, отводится оценке их ультразвуковых признаков. Это солидный, гипоехогенный характер узлов с неправильными границами, наличие микрокальцификатов, экстракапсулярная инвазия, шейная лимфаденопатия. Важным для населения Украины является анамнез заболевания с высокими риск-факторами. В наших наблюдениях дооперационный диагноз карциномы подтверждался цитологическим исследованием пунктата опухоли с диагностической точностью 97,7%.

Такие дополнительные методы исследования, как тиреосцинтиграфия, мультиспиральная компьютерная томография, протонно-эмиссионная томография имеют значение в диагностике функциональной автономии, при оценке локализации загрудинного зоба, распространенном онкологическом процессе.

Показаниями к оперативному лечению у пациентов с узловым зобом являются:

- цитологически подтвержденные карциномы;
- новообразования, подозрительные в отношении злокачественного характера;
- случаи сложной цитоморфологической диагностики (follicular neoplasm);
- локальный компрессионный синдром органов шеи крупными новообразованиями;
- тиреотоксикоз при узловом и многоузловом зобе большого размера.

Выбор пациентов для оперативного лечения на основании данных биопсии существенно повлиял на структуру выполняемых оперативных вмешательств. Внедрение ультразвуковой и ци-

тологической диагностики позволило снизить количество операций, выполняемых по поводу узловых форм зоба в 2 раза и в 8 раз увеличить число вмешательств, выполненных по поводу карцином. За последние 10 лет отмечена тенденция к расширению объема оперативных вмешательств, выполняемых по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Частота тиреоидэктомий при узловых формах зоба возросла в 6 раз.

Дискуссионным вопросом остается определение объема оперативного вмешательства при злокачественных опухолях щитовидной железы [Clark O. H. 2011]. Папиллярные тиреоидные карциномы, возникшие у радиационно поражденного населения Украины, несмотря на прошедшие 27 лет послеаварийного периода, характеризуются высоким биологическим потенциалом злокачественности. Экстратиреоидная инвазия опухоли отмечена в 48% наблюдений, в 26,8% присутствовала интратиреоидная диссеминация, в 50,8% – регионарное метастазирование, в 5,2% – отдаленное метастазирование в легкие.

Методом выбора в лечении папиллярных карцином щитовидной железы является экстрафасциальная тиреоидэктомия, которая была выполнена у большинства пациентов – 84,1%. У 65,4% больных оперативное вмешательство было дополнено диссекцией лимфатических коллекторов шеи. В последние годы все чаще стала выполняться профилактическая лимфаденэктомия срединного отсека шеи, проводимая при отсутствии дооперационных доказательств явного метастазирования. Выполнение профилактической диссекции претрахеальных, паратрахеальных, предгортанных лимфатических узлов центрального отсека шеи VI уровня позволило морфологически выявить метастазирование в 59,2% наблюдений. При выявлении метастазов в глубоких шейных лимфатических узлах яремного коллектора и заднего треугольника шеи проводилась боковая одно или двухсторонняя модифицированная диссекция шеи.

Показания для проведения «окончательной тиреоидэктомии», при установлении диагноза карциномы после выполнения операции резекционного характера, определялись такими факторами, как: неблагоприятный гистологический вариант карциномы, интратиреоидная диссеминация, размеры опухоли свыше 10 мм, выраженность капсулярной и сосудистой инвазии, радиационное облучение в анамнезе. В наших наблюдениях «окончательная тиреоидэктомия» была выполнена у 3,7 % больных. У 12,2% при минимально инвазивной инкапсулированной папиллярной карциноме до 1 см, выполненный объем операции в виде гемитиреоидэктомии, был признан радикальным.

Применяемый нами клинико-диагностический протокол позволил значительно снизить

количество рецидивов заболевания при оперативном лечении узловых форм зоба и достичь 98,9% прогнозированной 15-летней выживаемости по Kaplan-Meier больных папиллярной карциномой щитовидной железы.

### Выводы

В условиях послеаварийной ситуации в Украине при определении тактики лечения узловых образований щитовидной железы в первую очередь необходимо иметь адекватную информацию об их морфологической структуре. Показания для биопсии тиреоидных узлов целесообразно определять на основании косвенных эхографических признаков злокачественности.

Показания для операции при узловых формах зоба следует определять в зависимости от клинико-морфологических форм заболевания, объективной оценки степени онкологического риска и реальной клинической значимости в здоровье пациента.

Минимальное оперативное вмешательство в

объеме гемитиреоидэктомии возможно при узловом зобе с поражением одной доли щитовидной железы, фолликулярной неоплазии, солитарной токсической аденоме. При многоузловом коллоидном зобе с поражением обеих долей, хроническом аутоиммунном тиреоидите с узлообразованием, многоузловом зобе с гипертиреозом патогенетически оправдано выполнение тиреоидэктомии.

При дооперационном цитологическом диагнозе «карцинома щитовидной железы» у пациентов, находившихся в период Чернобыльской аварии в детском возрасте, обязательно выполнение тиреоидэктомии и профилактической диссекции центрального отсека шеи вне зависимости от степени распространенности опухоли. Выполнение модифицированной боковой шейной диссекции показано при подтверждении метастазирования в лимфатические узлы яремного коллектора. Последующая аблативная терапия радиоактивным йодом и супрессивная гормонотерапия позволяют достичь длительной стойкой ремиссии заболевания.

Стаття надійшла до редакції: 04. 08. 2013

**А. Є. Коваленко**

*Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України*

## ТИРЕОЇДНІ ВУЗЛИ І ПАПІЛЯРНІ КАРЦИНОМИ: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОТОКОЛУ

Представлено концепцію клініко-патогенетичного підходу до діагностики та лікування вузлових форм зоба та папілярних карцином щитовидної залози у радіаційно постраждалого населення України, в основі якої лежить об'єктивна оцінка онкологічного ризику, визначення показань і обсягу оперативного втручання.

**Ключові слова:** вузлові форми зоба, папілярні карциноми щитовидної залози, хірургічне лікування.

**А. Ye. Kovalenko**

*Institute of Endocrinology and Metabolism. V. P. Komisarenko NAMS of Ukraine, Kyiv*

## THYROID NODULES AND PAPILLARY CARCINOMAS: DEBATABLE QUESTIONS OF THERAPEUTIC-DIAGNOSTIC PROTOCOL

The author presents a concept of clinical and pathogenetic approach to the diagnosis and treatment of nodular goiters and papillary thyroid carcinomas in radiation-affected population of Ukraine, which is based on an objective assessment of cancer risk, definition of indications, and extent of surgery.

**Keywords:** nodular goiter, papillary thyroid cancer, surgical treatment.