

## **АНАЛІЗ СТРУКТУРИ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ДАНИМИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ КЛІНІКИ ЕНДОКРИННОЇ ХІРУРГІЇ**

**У 2008-2012 рр.**

**Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації**

**ендокринних органів і тканин (м. Київ)**

**Українська військово-медична академія (м. Київ)**

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи, що виконувалась в Українській військово-медичній академії «Розробка медико-організаційних, лікувальних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в аспекті профілактики неінфекційних та інфекційних захворювань серед військовослужбовців Збройних Сил України та інших силових структур», № державної реєстрації 0107U009376 (шифр «Здоров'я»-3).

**Вступ.** На даний час спостерігається тенденція до неухильного збільшення поширеності захворювань щитоподібної залози, у тому числі й таких, що вимагають хірургічного втручання [3, 5].

Рак щитоподібної залози (РЩЗ) є онкологічною патологією ендокринної системи, що найбільш часто виявляється. У структурі захворюваності злоякісними пухлинами РЩЗ, за різними даними, займає 0,5-3% [2, 6]. При цьому смертність від нього коливається в межах 1-1,3% випадків серед хворих усіма злоякісними формами новоутворень. В останні роки відзначається зростання захворюваності переважно за рахунок осіб молодого віку.

Рак ЩЗ приблизно в п'ять разів частіше виникає у жінок, ніж у чоловіків [1]. Найбільш численною групою хворих є особи у 40-50 років, при цьому досить часто РЩЗ діагностують у дитячому (3-6%) і юнацькому (10-11%) віці. За даними ВООЗ за останні 10 років захворюваність РЩЗ зросла в два рази і має виражену тенденцію до зростання. Це пов'язують з екологічними, генетичними факторами, стандартизацією лікувально-діагностичних заходів, поліпшенням скринінгу [2, 6]. За даними статистики, США і ряду інших країн, тиреоїдний рак став найбільш прогресуючими за темпами зростання захворюваності солідним раком у жінок (4-6% на рік).

За гістологічною будовою виділяють наступні форми раку ЩЗ: 1) папілярний, 2) фолікулярний; 3) модулярний, 4) низькодиференційований і анапластичний (недиференційований), які деякі автори об'єднують в одну групу.

Папілярний рак є основною формою РЩЗ і складає 55-75% усіх випадків захворювання. На

частку фолікулярного та медулярного раку припадає 15-20% та 3-7% відповідно. Анапластичний рак – найбільш агресивна форма РЩЗ, виявляється у 1-4% спостережень [1, 2, 4, 7].

Крім того, у ЩЗ іноді зустрічаються й інші форми злоякісних пухлин (плоскококлітчастий рак, лімфоми, саркоми), які становлять не більше 0,3-0,5% всіх випадків тиреоїдних карцином.

**Мета дослідження** – проаналізувати структуру РЩЗ за даними спеціалізованої клініки Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин за 2008-2012 рр. і порівняти результати з сучасними світовими даними.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено аналіз патогістологічних досліджень після проведення стандартизованих хірургічних операцій у 1754 пацієнтів з раком ЩЗ за 2008-2012 рр. Також простежено частота виявлення метастазів залежно від обсягу проведеної дисекції шиї і частки різних стадії процесу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Хірургічна тактика при вузлових утвореннях в ЩЗ в спеціалізованій клініці була стандартизована.

Нами визначена частота різних гістологічних форм РЩЗ у хворих, які були прооперовані у спеціалізованій клініці у 2008-2012 рр, дані представлені у **таблиці**.

Згідно даних **таблиці**, структура морфологічних форм РЩЗ практично не змінилася за 2008-2012 рр. Папілярний рак ЩЗ в структурі різних форм тиреоїдного раку складав від 86,6% до 97,7%, фолікулярний рак – від 4,9% до 8,5%, медулярний – від 2,1% до 4,0%, анапластичний – від 0,9% до 2,3%, що в цілому відповідає міжнародним даним.

Результати пункційної біопсії та гістологічні особливості тиреоїдного раку визначали стандартизований підхід до обсягу хірургічного втручання. Так, тотальна тиреоїдектомія доповнювалася центральною дисекцією шиї у всіх випадках папілярного раку та медулярного раку, селективна профілактична центральна дисекція виконувалася при підозрі на рак за

**Таблиця**  
**Частота різних гістологічних форм раку щитоподібної залози, %**

Тип раку ЩЗ	Роки				
	2008	2009	2010	2011	2012
Папілярний рак ЩЗ (ПЛЩЗ)	87,3	86,6	90,7	89,4	87,9
в т. ч. мікрокарциноми	25,1	24,4	27,9	30,9	21,7
в т. ч. фолікулярний варіант ПЛЩЗ	10,9	11,3	8,2	9,2	11,5
в т. ч. дифузний склерозуючий варіант ПЛЩЗ	0,6	0,6	0	0,3	0,3
Фолікулярний рак ЩЗ	7,7	8,5	4,9	6,3	7,7
Медулярний рак ЩЗ	3,7	4,0	3,1	3,3	2,1
Анапластичний рак ЩЗ	1,3	0,9	1,2	1,0	2,3

результатами пункційної біопсії, і в цих же випадках проводилася експрес – біопсія тиреоїдних вузлів і лімфовузлів різних компартментів шиї.

Наявність агресивної гістологічної форми, розміри пухлини більше 4см і метастази в центральному колекторі визначали показання до латеральної дисекції шиї при папілярному раку.

При медулярній карциномі систематичну центральну дисекцію виконували завжди, за винятком випадків пухлин менше 1 см рівня кальцитоніну крові нижче 50 пг/мл коли обмежувалися експрес-біопсією окремих лімфовузлів VI колектора.

Така тактика призвела до зростання частоти метастазів, що виявлялася, з 16% до 32% за 2003 – 2006 роки, однак за останні роки ця цифра не зростала. Частка мікрокарцином в структурі раку ЩЗ зросла у міру вдосконалення ультразвукової діагностики та точності приціленої тонкоїгольної аспіраційної пункційної біопсії з 10-12% до 24-30%. У той же час цей відсоток зберігається відносно стабільним за останні 4-5 років, що говорить про наявність інших, крім скринінгових, чинників зростання захворюваності на рак ЩЗ, так як частота запущених випадків первинно виявленого тиреоїдного раку залишається високою в загальній віковій групі.

**Висновки.** Структура хірургічних операцій на щитоподібній залозі відносна стабільна, що обумовлено єдиними принципами відбору хворих і суворими показаннями до оперативного лікування.

Структура морфологічних форм раку щитоподібної залози мало змінилася за 2008-2012 рр. і в цілому відповідає міжнародним даним.

Частота раку щитоподібної залози зростає в популяції і в спеціалізованій клініці не тільки за рахунок скринінгу, але і за рахунок клінічно виражених випадків.

Частота виявлених метастазів тиреоїдного раку в лімфовузлах шиї залежить багато в чому від обсягу хірургічного втручання, і націленої ревізії лімфатичних колекторів.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому планується удосконалити алгоритми діагностики та методів хірургічного лікування раку щитоподібної залози.

## Література

1. Берштейн Л. М. Рак щитовидной железы: эпидемиология, эндокринология, факторы и механизмы канцерогенеза / Л. М. Берштейн // Практическая онкология. – 2007. – Т. 8, № 1. – С. 1–8.
2. Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы / Е. А. Валдина. – СПб.: Питер, 2006. – С. 109-126.
3. Голівець Т. П. Деякі аспекти радіаційно-індукованої патології щитоподібної залози / Т. П. Голівець // Проблеми ендокринної патології. – 2009. – № 1. – С. 72-81.
4. Романчишин А. Ф. Рак щитовидной железы – проблемы эпидемиологии, этиопатогенеза и лечения / А. Ф. Романчишин. – СПб.: WELCOME, 2003. – 256 с.
5. Шилин Д. Е. Узловая патология щитовидной железы / Д. Е. Шилин // Проблеми ендокринології. – 2001. – Т. 47, № 5. – С. 28–34.
6. Nagataki S. Epidemiology and primary prevention of Thyroid cancer / S. Nagataki, E. Nyström // Thyroid. – 2002. – № 12 (10). – P. 889-896.
7. Scblumberger M. J. Papillary and follicular thyroid carcinoma / M. J. Scblumberger // New Engl. J. Med. – 1998. – № 338 (5). – P. 297-306.

УДК 616. 441 – 006. 6

### **АНАЛІЗ СТРУКТУРИ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ДАНИМИ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ КЛІНІКИ ЕНДОКРИННОЇ ХІРУРГІЇ У 2008-2012 РР.**

**Січінава Р. М., Якимець В. М.**

**Резюме.** Проведено аналіз історій хвороб 1754 пацієнтів за 2008-2012 для встановлення структури раку щитоподібної залози. Встановлена відносна стабільність структури хірургічної тиреоїдної патології у зв'язку з впровадженням алгоритмів оперативного лікування. Структура морфологічних форм раку ЩЗ мало змінилася за 2008-2012 рр., відповідає міжнародним даним та обумовлена єдиними принципами відбору хворих і суворими показаннями до оперативного лікування.

**Ключові слова:** щитоподібна залоза, рак, захворюваність.

УДК 616. 441 – 006. 6

### АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КЛИНИКИ ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ В 2008-2012 ГГ.

Сичинава Р. М., Якимец В. Н.

**Резюме.** Проведен анализ историй болезней 1754 пациентов для установления структуры рака щитовидной железы за 2008-2012 гг. Установлена относительная стабильность структуры хирургической тиреоидной патологии в связи с внедрением алгоритмов оперативного лечения. Структура морфологических форм рака щитовидной железы практически не изменилась за 2008-2012 гг., соответствует международным данным и обусловлена едиными принципами отбора больных и строгими показаниями к оперативному лечению.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, рак, заболеваемость.

UDC 616. 441 – 006. 6

### Analysis of the Structure of Thyroid Cancer According to Specialized Clinics of Endocrine Surgery in 2008-2012

Sichinava R. M., Yakimets V. N.

**Abstract. Introduction.** Thyroid cancer is mostly often a cancer of the endocrine system disorders. In recent years, the increase in incidence mainly by young people. The structure of the incidence of malignant thyroid cancer 0,5-3%.

*The aim of the research* was to analyze the structure of thyroid cancer, according to a specialized clinic Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of endocrine organs and tissues for 2008-2012. And compare the results with current global trends.

*Materials and methods.* Analysis of histopathological studies after standardized surgery in 1754 patients with thyroid cancer for 2008-2012. Also traced incidence of metastases, depending on the scope of the neck dissection and share various stages of the process by year.

*Results and discussion.* The structure of morphological forms of thyroid cancer has not changed for 2008-2012. Papillary thyroid cancer in the structure of various forms of cancer tireoyidnoho ranged from 86,6% to 97,7%, follicular carcinoma – from 4,9% to 8,5%, medullary – from 2,1% to 4,0%, anaplastic – from 0,9% to 2.3%, which is generally consistent with international data.

The results of the biopsy and histological features of thyroid cancer standardized approach to determine the amount of surgery. Total thyroidectomy was supplemented by central Neck dissection in all cases of papillary cancer and medullary cancer, selective prophylactic central dissection was performed for suspected cancer by biopsy results, and in these cases was conducted express – biopsy of thyroid nodes and lymph nodes of the neck of various compartment.

*Conclusions.* Structure of thyroid surgery is relatively stable, due to the general principles of selection of patients and strict indications for surgical treatment.

The structure of morphological forms of thyroid cancer has not changed for 2008-2012. And generally complies with international data.

The incidence of thyroid cancer is increasing in the population and in the specialized clinic not only through screening, but also due to symptomatic cases.

The frequency of detected metastases of thyroid cancer in the lymph nodes of the neck depends largely on the amount of surgery and targeted audits of lymph collectors.

*Prospects for further research.* In the future to improve the algorithms for diagnosis and methods of surgical treatment of thyroid cancer.

**Keywords:** thyroid, cancer, morbidity.

Рецензент – проф. Рибаків С. Й.

Стаття надійшла 2. 09. 2014 р.