

ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ В ЛЕГКИХ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФОРМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С НОРМАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

И.П. Волюнец

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

Степень распространения первичной опухоли является важным прогностическим фактором как для достижения полной ремиссии, так и для безрецидивной выживаемости пациента. Таким образом, мы придерживались стратегии наблюдения, основанной на определении уровней тиреоглобулина (ТГ) и результатах посттерапевтических скинтиграфий всего тела (СВТ) с ^{131}I для выявления отдаленных метастазов в легкие на этапе, когда рентгенографическая картина органов грудной полости (ОГП) оставалась нормальной (без патологии, в пределах возрастной нормы).

Материалы и методы. Обследованы 77 пациентов с отдаленными метастазами в легких и проанализированы результаты их лечения. Эти пациенты были прооперированы в клинике ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины» с 2002 по 2015 г. Возраст больных на момент постановки диагноза ДРЩЖ и операции составлял от 7 до 40 лет, среди них было 56 женщин и 21 мужчина. Всем пациентам проведено комбинированное лечение (хирургическое и лучевая терапия с ^{131}I). Радиойодтерапия проводилась через 1-2 мес. после операции на фоне отмены тиреоидных гормонов.

Результаты и их обсуждение. По данным гистологического исследования у 76 из 77 (98,7%) диагностировано папиллярную карциному и только у 1 из 77 пациентов — фолликулярную. Распределение больных согласно TNM классификации следующее: у 70 (90,9%) пациентов определено экстрагиреоидное распространение опухоли (стадия Т 3-Т 4), у 7 (9,1%) — стадия Т 2. Локо-регионарные метастазы N1a, b обнаружены у всех 77 (100%) пациентов. Отдаленные метастазы в легких обнаружены в первый год у 74 (96,1%) больных, еще у 3 (3,9%) — на протяжении последующих 2 лет наблюдения. По общепринятым международным протоколам, наличие отдаленных метастазов в легких констатируют в следующих случаях: 1) при диагностической скинтиграфии

всего тела (дСВТ) с радиофармпрепаратом (РФП) определяется накопление ^{131}I в легких, выявлены образования в легких по данным КТ органов грудной полости, а также высокий уровень сывороточного ТГ; 2) не обнаружено образований в легких при проведении КТ, но по результатам дСВТ с ^{131}I определяется накопление РФП на фоне высокого уровня сывороточного ТГ в крови; 3) при проведении дСВТ с ^{131}I накопление РФП в легких не определяется, но по результатам КТ обнаружены образования в легких, а также высокий уровень ТГ в крови. В последнем случае радиойодтерапия не проводится, поскольку при наличии радиойодрезистентных метастазов является неэффективной. Рентгенологические обследования перед лечением проводили всем пациентам, но метастазы в легких были обнаружены только у 15 (19,5%) больных. КТ ОГП проводили у 17 пациентов, и у 14 из них (82,4%) было подтверждено наличие метастазов в легких. Стратегия наблюдения основывалась и на определении уровней сывороточного ТГ как маркера опухолевой прогрессии. Уровни ТГ не превышали 100 нг/мл у 45 из 77 (58,4%) пациентов, у 32 (41,6%) они составляли 100-1000 нг/мл и более. Следует также отметить, что имеющиеся сегодня методы определения уровня ТГ не позволяют полностью избежать ошибок, связанных с циркулирующими антителами к нему. Поэтому во избежание ошибок определялись и уровни антител к ТГ. Лечение радиоактивным йодом предусматривало проведение одного или нескольких сеансов введения изотопа в терапевтических активностях, количество и объемы которых определялись рядом факторов (морфологический подтип опухоли, объем опухолевой ткани, признаки многофокусного роста, экстрагиреоидной, сосудистой инвазии, чувствительность тиреоидной ткани и степень накопления РФП, результаты предшествующего лечения и др.). Продолжительность лечения и требуемая для этого суммарная активность ^{131}I не являлись фиксированными и зависели от результатов предшествующего лечения (ремиссия/излечение, стабилизация, прогрессирование, рецидив). Интервалы между сеансами лечения составляли от 4 до 6 месяцев. Между сеансами воздействия с помощью ^{131}I осуществлялась супрессивная терапия левотироксином натрия. Суммарная активность, необходимая для достижения эффекта лечения, колебалась в пределах от 16,5 ГБк до 70 ГБк. Оценка результатов лечения отдаленных метастазов в легких проводилась по данным уровней сывороточного ТГ после лечения, результатам дСВТ с ^{131}I , данным КТ ОГП. По нашим данным, полная ремиссия была достигнута у 42 (54,5%) больных с отдаленными метастазами в легких; неполная

частичная ремиссия — у 15 (19,5%); стабилизация процесса — у 15 (19,5%); прогрессия заболевания отмечена у 5 (6,5%) больных. Суммарная лечебная активность радиоiodа, необходимая для достижения ремиссии или стабилизации болезни, максимально достигала 70 ГБк. При этом у 57 (74,0%) больных с отдаленными метастазами в легких удалось достичь полной или частичной ремиссии за 4 курса радиоiodтерапии с суммарной активностью ^{131}I до 22 ГБк.

Заключение. Использование ^{131}I имеет большое значение в выявлении и лечении отдаленных метастазов в легких, которые часто имеют бессимптомное течение и не определяются рентгенологически. Эффективность лечения отдаленных метастазов в легких у молодых пациентов с ВДРЩЖ остается высокой — в большинстве случаев (74%) удается достичь полной или частичной ремиссии заболевания. Показатель уровня ТГ перед началом лечения можно расценивать как прогностический маркер, поскольку среди пациентов с относительно невысоким уровнем стимулированного ТГ (меньше 100 нг/мл) было достигнуто состояние полной или частичной ремиссии в 93% случаев, а среди пациентов с высокими показателями ТГ (100-1000 нг/мл и более) — только в 46% случаев ($p < 0,001$ по критерию χ^2).

ДИНАМІКА ПОШИРНОСТІ МУЛЬТИФОКАЛЬНИХ КАРЦИНОМ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ ПІСЛЯ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Н.Я. Кобринська

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

Протягом понад 30 років особливу увагу дослідників тиреоїдної патології в мешканців України прикуто до її зв'язку з Чорнобильською катастрофою. Причому серед численних публікацій, присвячених клініко-епідеміологічним особливостям раку щитоподібної залози (ЩЗ), мультифокальний характер ураження розглядається лише як додатковий чинник ризику агресивнішого перебігу захворювання, поряд із низкою інших (розмір пухлини, вік хворого, наявність метастазів, гістологічні особливості). У науковій літературі наводяться суперечливі дані про вплив радіаційного чинника на частоту виникнення багатофокусного ураження. Окремі дослідники

вказують на збільшення частоти мультифокального росту пухлин впродовж короткого терміну після аварії на ЧАЕС на найбільш забруднених територіях.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 6333 історій хвороб пацієнтів із високодиференційованою карциномою ЩЗ, із них із монофокальним характером росту — 5218 осіб, із мультифокальним — 1115. З огляду на те, що найбільш вразливою групою населення стосовно ризику впливу іонізуючого опромінення на виникнення раку ЩЗ є діти та підлітки, проведено ретроспективну оцінку частоти виявлення мультифокального ураження в пацієнтів із тиреоїдною карциномою, які народилися в період із 01.01.1968 р. по 31.12.1986 р., за даними електронного реєстру клініки ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України».

Результати та їх обговорення. Протягом 1996-2015 рр. у хірургічній клініці інституту прооперовано 2555 пацієнтів досліджуваної вікової групи. Встановлено зростання кількості хворих на тиреоїдну карциному — від 47 осіб 1996 року до 264 осіб 2015 року. Виявлено, що протягом перших 5 років спостереження кількість оперованих пацієнтів на рік збільшилась у 2,3 рази (108 осіб 2001 року). Протягом 2002-2006 рр. визначалась відносна стабілізація даного показника, що коливався від 85 осіб 2003 року до 110 хворих 2006 року. Проте починаючи з 2007 р. простежується чітка тенденція до зростання кількості пацієнтів із високодиференційованою тиреоїдною карциномою. Протягом 2007-2015 рр. їх число збільшилось у 2,1 рази та склало 2015 року 264 особи. Таку динаміку зростання абсолютних показників зумовлено, насамперед, збільшенням числа пацієнтів із монофокальним характером росту пухлини. Поступове зростання виявлення раку ЩЗ із мультифокальним ростом спостерігалось з 1996 р. (12 випадків) до 2004 р. (24 хворих). 2002-2007 роками щорічна кількість пацієнтів із багатофокусним ураженням не перевищувала 17 осіб, натомість протягом 2008-2011 рр. збільшилась у 2,6 рази — з 24 до 62. 2012 року їх число зменшилось і склало 39 осіб. Наступна хвиля зростання числа пацієнтів із мультицентричним ростом визначається протягом наступних 3 років. 2013 року мультифокальний характер пухлини визначено в 41 особи, 2014 р. — у 48 хворих, 2015 р. — у 57 пацієнтів.

Дещо іншу динаміку виявлено в співвідношенні між частотою виявлення мульти- та монофокусних тиреоїдних карцином. Так, 1996 року багатофокусний рак ЩЗ виявлено в 25,5% випадків. Впродовж 1997-2001 рр. найменше значення