

О.Г. Бутирський, С.В. Астапенко, В.В. Дубовенко*, Т.І. Прокопенко**

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ МІКРОКАРЦИНОМАМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського

* Приватна клініка "Генезіс", ** 7-ма міська лікарня, Сімферополь

Серед хворих, які оперуються на щитоподібній залозі (ЩЗ), рак (Р) виявляється у 2-4,8% [5], а за нашими даними — значно частіше. РЩЗ поєднується з вузловим зобом у 32%, із багато-вузловим зобом — у 36,1%, із токсичним зобом — у 2,1% випадків [3]. Серед всіх випадків РЩЗ мікрокарциноми (МК) складають 20-67% [4].

Термін "мікрокарцинома" був рекомендований експертами ВООЗ для позначення пухлин ЩЗ, менших або рівних 10 мм у найбільшому вимірі. Клінічні особливості МК свідчать про їх агресивність у зв'язку з наявністю мультифокальних форм, інвазії капсули вузла, метастазування у регіонарні лімфовузли [1, 2]. Близько 20% МК є первинно-множинними і нерідко метастазують у шийні лімфовузли [2]. Крім того, труднощі їх виявлення обумовлено недостатньою доступністю для пальпації та помилковим трактуванням результатів УЗД і ТАПБ [3].

Ми провели аналіз історій хвороб пацієнтів, прооперованих 2001-2007 роками у клініці загальної хірургії КДМУ та приватній клініці "Ге-

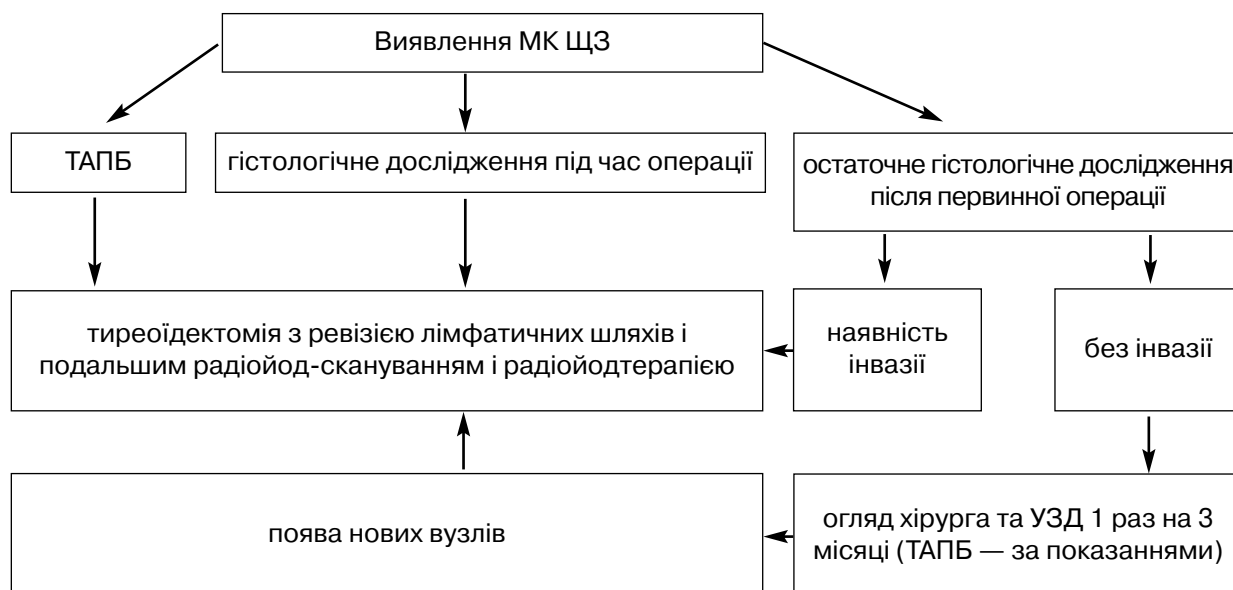
незіс". За період спостережень онкозахворюваність ЩЗ у Кримському регіоні залишається досить високою і складає у середньому 25% серед прооперованих хворих, головним чином за рахунок МК високодиференційованої будови.

До МК ми відносимо раки, за яких злоякісний ріст виявлявся лише у 2-3 суміжних полях зору, та так звані "маленькі раки" діаметром до 1,5 см, хоча це і суперечить визначенню ВООЗ, але досвід показує, що з точки зору тактики це виправдано. Разом вони складають 32% всієї онкопатології ЩЗ серед прооперованих хворих. У 33% випадків відзначено мультицентричний ріст МК у тій же або в контрлатеральній частці ЩЗ, тобто є ознаки агресії, поєднані з ознаками інвазії за результатами гістологічного дослідження. Для порівняння: коли первинна пухлина перевищувала у розмірі 1,5 см, мультицентричний ріст або метастази виявлено у 47% випадків.

Безумовно, якщо МК виявлено у передопераційний період, то єдино правильним обся-

Тактика, що рекомендується нами відносно МК ЩЗ, подана нижче у вигляді алгоритму

Протокол (алгоритм) ведення хворих із мікрокарциномами ЩЗ



гом операції є тиреоїдектомія. Гемітиреоїдектомія, проведена за наявності МК, підвищує можливість рецидиву з метастазуванням до 30%. Крім того, після видалення однієї частки відзначено найвищу частоту легеневих метастазів — до 11% [5]. Водночас, за виявлення МК у ході остаточного гістологічного дослідження після гемітиреоїдектомії ми припускаємо можливість спостереження хворих без повторної операції, якщо відсутні ознаки інвазійного росту (пошкодження капсули, проростання у судини, наявність високих клітин) і хворому проведено повне видалення цієї частки. Для таких хворих має бути встановлений суворий динамічний контроль із регулярною УЗД ЩЗ, оскільки у ході виконання повторних операцій у понад половини хворих із первинною МК виявляється ріст у контрлатеральній частці. За наявності інвазії хворі потребують повторної операції. Єдино правильною тактикою у цьому випадку буде тиреоїдектомія з подальшим лікуванням радіоактивним йодом.

Деякі автори [4] вважають, що наявність ознак інвазії робить діагноз МК ЩЗ некомпетентним, такі пухлини мають розглядатися як "великий рак" незважаючи на розмір, із відповідними тактичними заходами (що і знайшло підтвердження у тактиці, що пропонується, хоча від терміну ми не відмовляємося).

ВИСНОВКИ

1. Всім оперованим хворим слід проводити потрібну морфологічну верифікацію захворювань ЩЗ: ТАПБ із цитологічною експертизою перед операцією, експрес-гістологія заморожених зрізів під час операції та остаточне гістологічне дослідження видаленого матеріалу після операції.
2. Виявлення МК під час передопераційного або інтраопераційного дослідження диктує необхідність тиреоїдектомії, тобто тактика має відповідати такій за "великого раку".
3. Добір тактики за виявлення МК після первинної операції залежить від обсягу первинної операції та наявності/відсутності інвазійного росту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акатова Е.А., Шойхет Я.Н., Баженов А.А. Оптимизация диагностики микрокарцином

щитовидной железы // Проблемы клинической медицины. — 2006. — №1. — С. 43-49.

2. Бомаш Н.Ю. Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. — М.: Медицина. — 1993. — 223.
3. Бутирський О.Г., Могилястий О.А., Хаджієв О.Ч. та ін. Деякі тактичні питання хірургічного лікування хворих на вузлові еутиреоїдні форми зоба // Acta Medica Leopoliensia. — 2005. — V. 11. — №4 — С. 92-96.
4. Ланцов Д.С. Узловой зоб в сочетании с микрокарциномой щитовидной железы // Диагностика и лечение узлового зоба. — М, 2004. — С. 187.
5. Саидов Ф.Х., Богданов Т.И. Многоузловой эутиреоидный зоб и карцинома щитовидной железы // Клінічна хірургія. — 2003. — № 6. — С. 35-37.

РЕЗЮМЕ

Тактика лечения при микрокарциномах щитовидной железы

А.Г. Бутырский, С.В. Астапенко, В.В. Дубовенко, Т.И. Прокопенко

В статье обобщен опыт лечения микрокарцином щитовидной железы в Крыму. Показано, что интраоперационная выявляемость микрокарцином растет, что связано с адекватным обследованием и трактовкой его результатов. Предложен дифференцированный подход к повторным операциям при отсроченном выявлении микрокарцином без признаков инвазивного роста.

Ключевые слова: щитовидная железа, рак, хирургическое лечение

SUMMARY

Tactics for thyroid microcarcinomas

A. Butyrsky, S. Astapenko, V. Dubovenko, T. Prokopenko

The authors summarize the experience of the thyroid microcarcinomas treatment in the Crimea. They demonstrate increase of intraoperation revealing microcarcinomas that is associated with adequate examination and interpretation of its results and propose differentiated approach to repeated surgery for postponed revealed microcarcinoma without invasion properties.

Key words: thyroid cancer, surgery.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.