

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150041](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150041)

## ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МИКРОКАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**И.В. Дейнеко, С.П. Меренкова, Э.В. Жмуренко**

*КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепр*

**Введение.** По данным различных исследований, показатель заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ) в разных странах варьирует от 0,8 до 9,4 новых случаев на 100 000 населения в год среди женщин и от 0,6 до 2,6 – среди мужчин [1]. В частности, по данным L. Leenhardt и соавт. в Европе доля микрокарцином увеличилась с 18,4 до 43,1% за последние два десятилетия. Кроме того, в 15-35,6% случаев данных опухолей отмечается мультифокальный тип поражения [3]. Наряду с термином «микрокарцинома», в зависимости от метода диагностики и клинического течения, в отношении данных новообразований широко применяются термины «скрытая», «субклиническая» или T1a опухоль (менее 1,0 см) по классификации TNM [2]. Учитывая возможность определения генотипа опухоли, в литературе приведены рекомендации по выполнению органосохраняющих операций и даже наблюдению опухолей, например, инкапсулированного фолликулярного варианта папиллярного рака. Также необходимо отметить радиационное облучение в анамнезе украинцев, в связи с Чернобыльской катастрофой, что номинально переводит пациентов в группу среднего риска.

**Цель:** оценить особенности клинического течения микрокарцином щитовидной железы и результаты их хирургического лечения.

**Результаты.** С 2004 по 2018 г.г. в отделении эндокринной хирургии было прооперировано 1611 больных с РЩЖ, из них микрокарциномы составили 245 (15,2%) случаев. По данным патогистологического исследования в большинстве случаев выявлена папиллярная форма рака - у 228 (93,0%) пациентов, фолликулярная форма – у 17 (7,0%). По степени распространенности процесса: солитарная опухоль диагностирована у 220 (89,7%) пациентов, мультифокальное поражение – у 25 (10,3%). При микрокарциноме метастазы в регионарные лимфоузлы по данным УЗИ до операции диагностированы в 24 (9,8%) случаев.

Большинству больных была выполнена экстафасциальная тиреоидэктомия с передней

либо модифицированной лимфодиссекцией шеи. Согласно интраоперационным и гистологическим данным метастатические поражения регионарных лимфоузлов были выявлены в 61 случае (25%). В том числе у 28 (11,4%) пациентов имело место поражение лимфоузлов III, V, VII коллектора, то есть N1b. Органосохраняющие операции проводились в последние 2 года у 24 (9,8%) больных, при условии солитарной опухоли T1aN0. Передняя диссекция шеи с гистологическим исследованием проводилась всем пациентам.

В ходе исследования у пациентов с микрообразованиями щитовидной железы не выявлено каких-либо клинических особенностей и жалоб.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилось диагностическое сканирование с определением тиреоглобулина, а в случае наличия метастазов – лечебный курс радиойода и супрессивная терапия.

В трехлетнем периоде медиана выживаемости составила 99%, однако у 15 (6,1%) пациентов имело место рецидивирование заболевания в лимфатические узлы шеи, причем у 5 больных на момент операции гистологически подтвержденных метастазов не определялось. Также нами выявлено 8 (3,2%) случаев запущенного регионарного метастазирования при единичной микрокарциноме.

**Выводы.** Таким образом, мы считаем, что при отсутствии условий проведения полноценного генотипирования опухоли, выполнение органосохраняющих операций возможно в случае пациента младше 1987 года рождения, женского пола, при отсутствии метастазов в лимфоузлах шеи. Остальным больным целесообразно проведение радикальных операций. Зачастую клиническое течение при микрокарциномах бессимптомно, поэтому периодическая скрининговая диагностика заболеваний щитовидной железы целесообразна и необходима для раннего выявления злокачественных опухолей.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Ивахно И.В.* Основные морфологические

- признаки метастазуючих папілярних мікрокарцином щитовидної залози / И.В. Ивахно // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 3, №. 4. – С. 266–269.
2. Папілярная мікрокарцинома щитовидної залози / В.А. Смирнова, Г.В. Семкіна, Н.М. Платонова, В.Э. Ванушко // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2015. – Т. 11, №. 2. – С. 11–24.
3. Leenhardt L. Increased incidence of thyroid carcinoma in France: a true epidemic or thyroid nodule management effects? Report from the French Thyroid Cancer Committee / L. Leenhardt, P. Grosclaude, L. Chérié-Challine // Thyroid. – 2004. – Vol. 14, N. 12. – P. 1056–1060.

Дата надходження до редакції 18.10.2018 р.

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150163](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150163)

## КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ АНДРОГЕНОВОГО ДЕФІЦИТУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

**Л.В. Дем'яненко**

*Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України.*

Не дивлячись на те, що дотепер не існує «золотого стандарту» для виявлення андрогенового дефіциту в клінічній практиці, дослідження в цьому напрямку проводяться. Європейська ендокринологічна спільнота вважає, що ці заходи необхідні для виявлення прийнятних з клінічної точки зору визначень, що відповідає синдрому дефіциту андрогенів у жінок, які були б ґрунтовані на вимірюваних параметрах андрогенів і конкретних клінічних проявах жіночої андрогенової недостатності.

**Мета:** виявити клінічні характеристики недостатності андрогенів у жінок репродуктивного віку.

**Матеріали і методи.** Нами обстежено 80 жінок репродуктивного віку, що мали основні скарги на сексуальні порушення (зниження лібідо та відсутність оргазму, а також диспареунію) і 30 здорових жінок репродуктивного віку без скарг на розлади в сексуальному здоров'ї. Використовували метод анкетування пацієнтів з детальним вивченням соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського та сексуального анамнезу, загальноклінічний та гінекологічний огляд.

**Результати і обговорення.** Важливість андрогенів для організму людини пояснюється знаходженням андрогенових рецепторів у клітинах більшості тканин: молочної залози, серця, кровоносних судин,

шлунково-кишкового тракту (ШКТ), легень, ЦНС і периферичних нервах, шкірі, кістково-м'язовому апараті, кістковому мозку, матці, яєчниках, зовнішніх статевих органах, жировій тканині. Проаналізувавши дані анкетування та загальноклінічного і гінекологічного оглядів, та виключивши пацієнок з соматичною та гінекологічною патологією, ми виявили, що дефіцит андрогенів у жінок проявлявся сексуальними порушеннями у 100% (80 пацієнок) основної групи (зниженням лібідо, порушенням сексуального задоволення та відсутністю оргазму). Також виявили інші патологічні симптоми, включаючи зміни настрою (дратівливість, тривожність, депресія) у 80% (64 пацієнтки) основної групи, в той час як в контрольній групі лише у 20% (6 жінок). Скарги на погане самопочуття, швидку втомлюваність, слабкість були характерними для 67% (54) жінок основної групи і 20% (6) – контрольної. Порушення пам'яті та когнітивних функцій відзначали 56% (45) пацієнок основної групи і 17% (5) контрольної. Порушення сечовипускання, в тому числі нетримання сечі, не пов'язані з органічною патологією сечовивідних шляхів, діагностовано у 49% (39) жінок основної і 4% (1) контрольної групи. Відомі ефекти андрогенів на стан м'язів тазового дна та слизових оболонок зовнішніх статевих органів у жінок. У нашому дослідженні було виявлено атрофічні зміни слизової оболонки піхви та екзоцервіксу у 70% (56) жінок основної групи і