

С.М. Черенько, О.С. Ларін, Ю.В. Давидова*, Г.А. Федорченко*

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ, ЩО ЙОГО БУЛО ВИЯВЛЕНО У ПАЦІЄНТОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

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

** ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", Київ*

ВСТУП

Сьогодні дослідження питань діагностики та лікування хворих на рак щитоподібної залози (РЩЗ) є одним із пріоритетних завдань медицини через постійне зростання захворюваності на дану онкопатологію, темпи якого є найвищими серед усіх злоякісних захворювань людини (як у світі, так і в Україні) та сягають 5,6% і 6,5% на рік серед чоловіків і жінок відповідно [1-5]. Така висока захворюваність на РЩЗ (в Україні – 5,6/100000 населення, у Києві – 12-14/100000 населення) та переважна поширеність його серед жінок репродуктивного віку робить вельми ймовірним виявлення тиреоїдного раку під час вагітності. Частота виявлення РЩЗ протягом вагітності мало відрізняється від загальної в популяції за даними американських дослідників (3,3-14,4/100 000), а сама по собі вагітність мало впливає на прогноз захворювання (лише поодинокі праці вказують на можливий негативний вплив стимуляції α -естрогенових рецепторів, що експресуються у злоякісних пухлинах ЩЗ вагітних) [1].

Лікування РЩЗ на тлі вагітності вимагає змін у звичній терапевтичній схемі, пов'язаних із відносною безпечністю виконання хірургічного етапу лікування лише протягом другого триместру вагітності (за виявлення диференційованого РЩЗ під час третього триместру операція зазвичай відкладається на післяпологовий період), неможливістю проведення радіологічного етапу лікування до завершення вагітності, застосуванням лише фізіологічних доз гормону тироксину. Призначення радіоактивного йоду одразу після пологів робить неможливим материнське грудне годування немовлят і небезпечним контакт матері та дитини протягом 10-15 діб після опромінення [1-3].

Сучасні протоколи лікування високодиференційованого РЩЗ, підтримані фаховими асоціа-

ціями світу, насамперед США та Європейсько-го Союзу [2-4], передбачають стратифікацію хворих на три групи ризику рецидивів і смерті (дуже низький, низький і високий ризик – за рекомендаціями Європейської тиреоїдної асоціації (ЕТА), або низький, проміжний і високий – за рекомендаціями Американської тиреоїдної асоціації (АТА) з більш жорсткими критеріями щодо формування групи низького ризику у Європі) та проведення у більшості випадків комбінованого лікування, а саме: хірургічного етапу лікування (тотальна тиреоїдектомія з центральною або, за необхідності, й латеральною дисекцією шиї), через 4-6 тижнів (термін, необхідний для досягнення штучного тяжкого гіпотиреозу) – радіологічного етапу із застосуванням аблятивної дози радіоактивного йоду-131 (за винятком груп дуже низького ризику за ЕТА та низького ризику за АТА) та подальшим тривалим лікуванням надмірними дозами L-тироксину. Метою лікування є позбавлення пацієнта усіх клітин щитоподібної залози та пухлин (метастазів) тиреоїдного походження. Об'єктивним критерієм досягнення такого результату є відсутність або вкрай низький рівень ($<0,1-0,3$ нг/мл, за деякими настановами – <1 нг/мл) специфічного для тиреоцитів протеїну – тиреоглобуліну (ТГ) – у крові пацієнтів через 6-12 місяців після лікування (за умов нормального рівня антитіл до ТГ) та осередків пухлинної тканини на шиї за даними ультразвукового дослідження та радіоізотопного сканування. Динаміка спонтанного руйнування та виведення ТГ з крові людини вимагає від 3 до 6 місяців для об'єктивної оцінки дійсної сироваткової концентрації цього протеїну. Схема лікування диференційованого РЩЗ під час вагітності зазвичай передбачає виконання хірургічної операції протягом 2-го триместру вагітності з відтягненням радіологічного етапу лікування на післяпологовий період [1, 2] або

спостереження пухлини та у випадку її стабільності та відсутності метастазів – перенесення операції на час після пологів [1, 3]. Доказів негативного впливу хірургічної операції на матір і плід у літературі не наводиться [1, 3]. З огляду на необхідність відновлення загального стану жінки після пологів можливість проведення курсу радіойодтерапії з'являється не раніше ніж через 4-7 місяців після операції – тиреоїдектомії. За цей час створюються умови для об'єктивної сучасної діагностики наявності прихованих метастазів РЩЗ або рецидиву пухлини шляхом визначення рівня сироваткового ТГ та сонографії шиї.

За стандартним протоколом лікування РЩЗ [2-4], навіть за відсутності метастазів для пухлини діаметром понад 1 см рекомендовано доповнювати хірургічну операцію радіойодтерапією не пізніше 6 тижнів після тиреоїдектомії, а через 6 місяців очікувати зменшення рівня сироваткового тиреоглобуліну до нижньої межі визначення (зазвичай між 1 нг/мл та 0,1-0,3 нг/мл). Натомість у випадку проведення хірургічного лікування раку під час вагітності лікарі отримують можливість визначити динаміку змін концентрації сироваткового ТГ протягом перших 3-6 місяців після операції (у тому числі – невдовзі після пологів). Тому для пацієнок з неінвазивним РЩЗ, у яких не було виявлено метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах шиї під час операції, а рівень ТГ через 1-3-6 місяців після операції поступово зменшувався та досяг гранично низьких значень, цілком доцільним, на нашу думку, виглядає рішення про відмову від подальшої радіойодтерапії, оскільки вже й так було досягнуто біохімічних критеріїв одужання (близький до нульового рівень ТГ у крові, нормальний рівень антитіл до ТГ) за умов відсутності ознак рецидиву або метастазів за даними сонографії.

Отже, застосування запропонованого алгоритму вибору способу лікування дає можливість уникнути небажаних наслідків підготовки до радіойодтерапії (тяжкий тривалий гіпотиреоз, який є умовою активного накопичення йоду тиреоцитами) та непотрібного опромінення як усього організму, так і окремих найбільш чутливих органів (яєчники, молочні залози, слинні залози, сечовий міхур) для значної частки пацієнок, багато з яких планують і наступні вагітності.

У загальній популяції хворих на диференційований РЩЗ подібний щадний протокол лікування застосовується лише для 15-20% пацієн-

тів, у яких пухлина на момент операції не перевищувала 10 мм у діаметрі (або 4 см за рекомендаціями АТА), розташовувалась інтратиреоїдно та не мала регіонарних або віддалених метастазів [3, 4]. Хоча і для цієї групи хворих за протоколом ЄТА висувається низка обмежень: монофокусна папілярна або фолікулярна мікрокарцинома (<10 мм) без регіонарних і віддалених метастазів, вік пацієнтів понад 16 років, типова гістологічна будова пухлини. Не висловлюється жодних застережень або пропозицій стосовно тактики ведення вагітних із випадками РЩЗ, що не підпадають під таку категорію дуже низького ризику.

Останнім часом пропозиції щодо звуження показань до призначення аблятивної дози радіоактивного йоду у хворих на диференційований РЩЗ у групі низького ризику дедалі частіше лунають у науково-медичних колах, надто у США [6], а нещодавня праця вчених із Бразилії свідчить саме про високу інформативність низького рівня ТГ (стимульованого – менше від 1 нг/мл) вже через 2 міс. після операції для прийняття рішення про недоцільність ад'ювантної радіойодтерапії [7].

Мета роботи – розробити та впровадити індивідуалізований і більш щадний порівняно зі стандартним метод лікування диференційованого РЩЗ із групи низького ризику рецидивів ("low risk" [3]), виявленого у жінок протягом перших двох триместрів вагітності, дослідити віддалені результати лікування.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Протягом 1997-2011 рр. в Українському науково-практичному центрі ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України (далі – Центр) проліковано 3316 первинних випадків РЩЗ, серед яких було 3138 пацієнтів із диференційованим РЩЗ. Поміж цих хворих спостерігали 47 жінок, у яких РЩЗ було виявлено під час вагітності, тобто 1,5%. Ще в 1 пацієнтки була медулярна карцинома, яка вимагає іншого протоколу лікування та не розглядалась у даній роботі.

До 2000 року за пухлин розміром до 1 см виконували переважно гемітиреоїдектомію, а починаючи з 2001 року для всіх форм і стадій раку проводили тотальну тиреоїдектомію, яку доповнювали принаймні селективною центральною дисекцією шиї (за наявних метастазів у латеральних колекторах – радикальною модифі-

кованою дисекцією шиї). Радіоактивний йод призначали всім пацієнтам із диференційованим РЩЗ, яким було виконано тотальну тиреоїдектомію, а з 2007 року – відповідно до рекомендацій ЄТА, тобто за винятком групи дуже низького ризику [8]. Вагітним радіоізотопне лікування рекомендували після пологів.

Починаючи з 2008 року, спираючись на результати спостереження хворих, які перенесли тотальну екстрафасціальну тиреоїдектомію без радіойодабляції та у яких визначали поступове зменшення рівня сироваткового тиреоглобуліну до межі визначення, ми почали застосовувати пом'якшений режим комбінованого лікування пацієнток із початковими формами РЩЗ, що був діагностований під час вагітності. Хворим проводили динамічне (після операції, через 2-3, 6 і 12 місяців) визначення рівнів сироваткового ТГ, антитіл до ТГ та тиретропного гормону (ТТГ), а також ультразвукове дослідження шиї. Перебіг вагітності та пологів контролювали фахівці відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ "Інститут ПАГ НАМНУ" і за місцем проживання відповідно до рекомендацій, наданих досвідченими фахівцями: акушерами, ендокринологами, хірургами.

Усіх жінок (крім двох, які відмовилися від тотальної тиреоїдектомії на користь гемітиреоїдектомії) було прооперовано впродовж другого триместру вагітності в обсязі тотальної тиреоїдектомії з центральною дисекцією шиї. Якщо високодиференційований РЩЗ діагностували пізніше 26-го тижня вагітності, лікування, як правило, відкладали на післяпологовий період через відносно сприятливий перебіг захворювання та ризик передчасних пологів внаслідок хірургічного лікування та анестезії. Після операції пацієнткам призначали замісну терапію L-тироксином (середня добова доза – 1,7 мкг/кг маси тіла, цільовий рівень тиреотропіну у крові – 0,5-1,5 мМОд/л) і планували фізіологічне завершення вагітності.

Рішення про відмову від зайвого стандартного застосування радіоактивного йоду з метою абляції залишкових клітин тиреоїдного епітелію у післяпологовий період приймали на підставі даних гістологічного дослідження пухлини та видалених лімфатичних вузлів, поопераційного моніторингу рівня сироваткового ТГ протягом вагітності та у ранній післяпологовий період, якщо під час операції не було зареєстровано метастазування або екстраорганної ін-

вазії пухлини (папілярний і фолікулярний рак T1-2N0M0) або несприятливої гістологічної форми пухлини. В інших випадках пропонували терапію (абляцію) радіоактивним йодом-131 за стандартним протоколом.

Пацієнткам проводили моніторинг рівня ТТГ і вільного тироксину кожні 4 тижні до пологів, ТГ, антитіл до ТГ у крові кожні 8-10 тижнів і сонографію шиї. Після пологів у випадку відсутності клініко-сонографічних ознак метастазування та за умов поступового зменшення рівня тиреоглобуліну нижче від 1 нг/мл і до нижньої межі визначення (0,1-0,3 нг/мл) і нормального рівня антитіл до тиреоглобуліну робили висновок про недоцільність проведення лікування радіоактивним йодом через відсутність даних про персистенцію тиреоїдних ракових клітин і досягнення існуючих умовних критеріїв одужання.

Жінки продовжують довічне приймання L-тироксину у фізіологічних дозах під контролем рівня ТТГ, ТГ, антитіл до ТГ. Через рік по операції проводиться стимуляційний тест на ТГ крові (за стандартами сучасних світових рекомендацій) із застосуванням рекомбінантного тиреотропіну або шляхом відміни L-тироксину на 3-4 тижні. За відсутності зростання рівня ТГ більше за 1 нг/мл після стимуляції підвищеним рівнем ТТГ у крові, за нормального рівня антитіл до ТГ, нормальних даних ультразвукового дослідження шиї (відсутність рецидиву пухлини у ложі щитоподібної залози або у регіонарних лімфатичних вузлах) робиться висновок про повне одужання. Пацієнтки продовжують проходити періодичне обстеження (1 раз на 1-2 роки), спостерігаються фахівцями-ендокринологами (ендокринними хірургами, онкологами), але не мають обмежень для професійної або загальної діяльності, подальшої вагітності тощо.

Якщо після пологів у жінок, які були прооперовані з приводу високодиференційованого РЩЗ, визначали клініко-інструментальні ознаки регіонарного або віддаленого метастазування (за даними сонографії, комп'ютерної томографії, пункційної біопсії, пальпації тощо), або рівень сироваткового ТГ не зменшувався після операції чи залишався вищим за 1 нг/мл, або рівень антитіл до ТГ перевищував норму, пацієнткам пропонували стандартний режим лікування у вигляді проходження курсу терапії радіоактивним йодом (за певними показаннями – після повторного хірургічного втручання на лімфатичних колекторах шиї).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік вагітних складав $25,6 \pm 0,95$ року (від 18 до 40 років), а термін вагітності – $18,5 \pm 0,41$ тижня (від 14 до 21 тижня). У 44 пацієнток був папілярний РЩЗ (у 40 – типової гістологічної будови, у 4 – фолікулярний варіант), а у 3 – фолікулярний РЩЗ. Розподіл за стадією РЩЗ демонстрував переважно початкові форми пухлини за розміром і поширенням (T1 – 16, T2 – 20, T3 – 9, T4 – 2 випадки), хоча навіть за пухлини T1b і T1a (1 випадок) спостерігались метастази у лімфовузлах центрального басейну – 11 випадків. За пухлин T2 спостерігали 5 випадків регіонарного метастазування, T3 – 5 випадків і T4 – 2 випадки. Усього метастази рівня N1a спостерігали у 21 хворої, а N1b – у 2 пацієнток (разом – 48,9%). Віддалених метастазів не було зареєстровано у жодному випадку.

Отже, за рекомендаціями ЄТА до групи дуже низького ризику (T1aN0M0) входили 2 пацієнтки, до групи низького ризику (T1bN0M0) – 3 хворі, а разом із пацієнтками з інтратиреоїдними пухлинами менше від 4 см без метастазів (T1-2N0M0 – група низького ризику за АТА) – 20 пацієнток. Для 18 з них ми застосували запропонований алгоритм лікування, що ґрунтувався на моніторингу ТГ та антитіл до ТГ після операції з відмовою від лікування радіоактивним йодом після пологів через відсутність ознак персистенції або рецидиву захворювання. Ще для двох пацієнток із групи дуже низького ризику лікування радіоактивним йодом не планували взагалі, виходячи з існуючих сучасних настанов.

Наводимо два показових клінічних приклади, які демонструють переваги запропонованого підходу до лікування вагітних із РЩЗ.

Клінічний приклад 1. Хвора К., 29 років, госпіталізована до Центру 12.02.2009 р. з діагнозом "папілярний рак щитоподібної залози" на тлі вагітності 19 тижнів, яка перебігала без ускладнень. Діагноз підтверджено пункційною біопсією пухлини щитоподібної залози діаметром 21 мм. Сонографічно екстраорганої інвазії та регіонарного метастазування не виявлено. 15.02.2009 р. виконано операцію – тотальну екстрафасціальну тиреоїдектомію з центральною дисекцією шиї. Метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах не діагностовано. Остаточний діагноз: папілярний рак щитоподібної залози pT2N0M0. Операція та поопераційний період перебігали без ускладнень. Призначено заміс-

ну дозу L-тироксину. Пацієнтку виписано через 6 днів під спостереження ендокринолога та акушера-гінеколога. Вагітність завершилася фізіологічними пологами в очікуваний термін. Через 1 місяць після пологів і 6 місяців після операції пацієнтку обстежили, рецидиву захворювання або метастазування не виявили, рівень тиреоглобуліну у крові складав 0,2 нг/мл. Натомість за існуючим протоколом лікування папілярного раку з розміром пухлини понад 10 мм хворій було показано лікування радіоактивним йодом, що й було проведено 25.09.2009 р. із застосуванням стандартної дози 100 мCi (3750 MBq). Пацієнтка зазнала певних наслідків радіологічного лікування: радіаційний сіалоаденіт, тривалі симптоми ятрогенного гіпотиреозу (4 тижні – для підготовки до радіойодтерапії, 5 тижнів – для відновлення еутиреозу після лікування). Через 2 роки після лікування – пацієнтка здорова, даних щодо рецидиву пухлини немає. Вона планує другу вагітність, але відчуває певні побоювання через радіоактивне опромінення в минулому.

Клінічний приклад 2. Хвора А., 31 року, госпіталізована до Центру 17.04.2008 р. з діагнозом "папілярний рак щитоподібної залози" на тлі вагітності 17 тижнів, яка перебігала без ускладнень. Діагноз підтверджено пункційною біопсією пухлини лівої частки щитоподібної залози діаметром 23 мм. Даних щодо екстраорганої інвазії та регіонарного метастазування не отримано. 19.04.2008 р. виконано операцію – тотальну екстрафасціальну тиреоїдектомію з центральною дисекцією шиї. Метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах не діагностовано. Остаточний діагноз: папілярний рак щитоподібної залози, типовий варіант pT2N0M0. Операція та поопераційний період перебігали без ускладнень. Призначено замісну дозу L-тироксину. Пацієнтку виписано через 5 днів під спостереження ендокринолога та акушера-гінеколога. Вагітність завершилася фізіологічними пологами в очікуваний термін. Через 5 тижнів після пологів і 6,5 місяця після операції пацієнтку обстежено, рецидиву захворювання або метастазування не виявлено, рівень тиреоглобуліну у крові складав 0,1 нг/мл, антитіл до тиреоглобуліну – 8 МОд/л. За існуючим протоколом лікування папілярного раку з розміром пухлини понад 10 мм хворій було показано лікування радіоактивним йодом, але з огляду на відсутність клінічних, сонографічних і біохімічних (майже нульовий рівень тиреоглобуліну у крові) ознак

рецидиву пухлини радіологічну терапію вирішено не проводити. Протягом 10 місяців пацієнтка годувала дитину груддю, приймаючи L-тироксин і підтримуючи рівень тиреотропіну на нижній межі норми. Через 3 роки після лікування – пацієнтка здорова, даних щодо рецидиву пухлини немає. Зараз жінка перебуває на 4-му місяці вагітності, яка перебігає без ускладнень.

Запропонований спосіб було застосовано у 20 жінок (2 – згідно з існуючими протоколами для групи дуже низького ризику, 18 – за результатами клінічного спостереження та лабораторного моніторингу) з 47 жінок, у яких протягом 1996-2011 рр. діагноз диференційованого раку щитоподібної залози було встановлено під час вагітності, а операцію проведено за 3-5 місяців перед пологамі, що склало 43% від усіх випадків РЩЗ на тлі вагітності. В усіх випадках вагітність після операції перебігала без серйозних ускладнень, завершилася фізіологічними пологамі у 39 і кесаревим розтином у 8 жінок. Діти народилися здоровими. За період спостереження від 11 до 56 місяців (у середньому 31 ± 7 місяців) у жодному разі ми не спостерігали рецидиву захворювання після "пом'якшеного" (з відмовою від терапії радіоактивним йодом) протоколу лікування. Рівень ТГ після пологів (тобто через 3-4 місяці після операції) та через 5-7 місяців після операції був близький до нуля, не було підвищення титру антитіл до ТГ. Усі жінки та їх діти здорові, більшість дітей отримували повноцінне материнське грудне годування; 8 жінок народили ще по одній дитині. Дозу тироксину зменшено до фізіологічної, і вона контролюється за цільовим рівнем ТТГ (0,5-1,5 МОд/л).

Для решти жінок застосовано традиційну схему лікування – усі вони (крім двох, які відмовилися від повторної операції – остаточної тиреоїдектомії після видалення лише однієї частки щитоподібної залози з пухлиною під час вагітності) отримали лікування радіоактивним йодом-131 у дозі 3750-5600 MBq, продовжують приймати тироксин у надфізіологічних дозах, дотримуючи рівня ТТГ у межах 0,1-0,5 МОд/л. Для трьох пацієнток виникла потреба у повторних сеансах радіоізотопного лікування. За період спостереження від 10 місяців до 13 років (у середньому 5,3 року) серед цієї групи з 27 хворих із більш занедбаним РЩЗ, що його було виявлено під час вагітності, зареєстровано 5 випадків (18,5%) рецидиву РЩЗ у лімфатичних вузлах шиї (у 4 випадках – у зоні попереднього

втручання, в 1 випадку – в латеральному іпсилатеральному колекторі, що не підлягав дисекції), які стали причиною повторних операцій. Віддалених метастазів не зареєстровано у жодному випадку. Усі жінки живі.

ВИСНОВКИ

1. Запропонований спосіб лікування хворих на диференційований рак щитоподібної залози T1-2N0M0, виявлений у вагітних жінок і пролікований протягом другого триместру хірургічно в обсязі тотальної екстрафасціальної тиреоїдектомії з центральною (латеральною) дисекцією шиї, дозволяє уникнути зайвого лікувального застосування радіоактивного йоду у післяпологовий період на підставі реєстрації через 3-6 місяців після операції вкрай низького рівня базального та стимульованого (через 12 міс.) сироваткового ТГ і у 40% випадків зменшити ризику для здоров'я, життя, подальших вагітностей, пов'язані з опроміненням та тривалим штучним гіпотиреозом, забезпечити можливість повноцінного грудного годування новонароджених.

2. Висока частота виявлення регіонарних метастазів за папілярного РЩЗ у вагітних (49%) вимагає ретельного передопераційного та інтраопераційного виключення можливого ураження лімфатичних вузлів шиї метастазами шляхом сонографії та профілактичної центральної (а за показаннями – і латеральної) дисекції шиї. Це дасть змогу не лише виконати радикальну операцію з першого разу, але й вірно стадіювати хворобу та мати підстави рекомендувати пацієнткам щадний режим лікування з відмовою від радіойодтерапії або раціональне комбіноване лікування.

3. З огляду на повільний розвиток диференційованого РЩЗ, можливість виникнення рецидивів і через 10-15 років після операції моніторинг хворих, які отримали лікування з приводу РЩЗ, має бути постійним із поступовим пом'якшенням режиму контролю, але тривати довічно.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum* (The American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum: A. Stagnaro-Green (Chair), M. Abalovich, E. Alexander, F. Azizi, J. Mestman, R. Negro, A. Nixon, E.N. Pearce, O.P. Soldin, S. Sullivan, W. Wiersinga) // *Thyroid*. – 2011. – Vol. 21, №10. – P. 1-45.

2. Gharib H., Papini E., Paschke R., Duick D.S., Valcavi R., Hegedus L., Vitti P. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules / Endocrine Practice. – 2010. – Vol. 16 (Suppl. 1). – P. 1-43.
3. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer (The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: D.S.Cooper (Chair), G.M. Doherty, B.R. Haugen, R.T. Kloos, S.L. Lee, S.J. Mandel, E.L. Mazzaferri, B. McIver, F. Pacini, M. Schlumberger, S.I. Sherman, D.L. Steward, R.M. Tuttle / Thyroid. – 2009. – Vol.19, №11. – P. 1167-1214.
4. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid cancer of the follicular epithelium (Pacini F., Schlumberger M., Dralle H., Elisei R., Wiersinga W. and the European Thyroid Cancer Taskforce) // European J. Endocrinology. – 2006. – Vol. 154, №6. – P. 787-803.
5. Горбенко В.Н., Гулак Л.О., Федоренко З.П., Винник Ю.А. Рак щитовидной железы в Украине (1989-2004 гг.) // Международный эндокринологический журнал. – 2007. – №2(8). – С. 34-38.
6. Sacks W., Fung C.H., Chang J.T., Waxman A., Braunstein G.D. The effectiveness of radioactive iodine for treatment of low-risk thyroid cancer: a systematic analysis of the peer-reviewed literature from 1966 to April 2008 // Thyroid. – 2010. – Vol.20, №11. – P. 1235-1245.
7. Rosario P.W., Mineiro A.F., Prates B.S., Silva L.C., Calsolari M.R. Postoperative Stimulated Thyroglobulin ≤ 1 ng/ml as a Criterion to Spare Low-Risk Patients with Papillary Thyroid Cancer from Radioiodine Ablation // Thyroid. – 2012. – Aug 17. [Epub ahead of print].
8. Ларин А.С., Черенько С.М. Диагностика и лечение дифференцированного рака щитовидной железы: результаты 10-летнего опыта специализированной клиники в свете современных принципов контроля заболевания // Хірургія України. – 2008. – №1. – С. 26-30.

РЕЗЮМЕ

Особенности лечения дифференцированного рака щитовидной железы, выявленного у пациенток во время беременности

С.М. Черенько, А.С. Ларин, Ю.В. Давыдова, Г.А. Федорченко

В работе представлены данные о лечении 47 пациенток с дифференцированным раком щитовидной железы (ДРЩЖ), выявленным и прооперированным во время беременности за период 1996-2011 годы в специализированной клинике. Для 20 пациенток из группы низкого риска рецидива (T1-2N0M0) был успешно применен новый, более щадящий протокол лечения ДРЩЖ, предусматривающий отказ от лечения радиоактивным йодом после родов в случае прогрессивного снижения уровня сывороточного тиреоглобулина, отсутствия повышенного титра антител к тиреоглобулину и сонографических признаков поражения лимфоузлов шеи. В то же время, высокий риск регионарного метастазирования ДРЩЖ у беременных (49%) требует обязательного проведения не только тотальной экстрافасциальной тиреоидэктомии, но и профилактической центральной (по показаниям – и латеральной) диссекции шеи для правильного выбора дальнейшей терапии и предупреждения рецидивов.

Ключевые слова: дифференцированный рак щитовидной железы, беременность, хирургическое лечение, радиоiodтерапия.

SUMMARY

Peculiarities of treatment of differentiated thyroid carcinoma detected during pregnancy

S. Cherenko, O. Larin, Ju. Davidova, G. Fedorchenko

Data about treatment of 47 pregnant women with differentiated thyroid carcinoma (DTC), diagnosed and operated on during pregnancy within 1996-2011 years in specialized hospital were given in the article. For 20 patients from "low risk group" (T1-2N0M0) was proposed and done new less aggressive approach providing abandon of radioiodine ablation after delivery if serum thyroglobulin gradually dropped down till 4-6 months after operation to lower level of detection at the absence of thyroglobulin antibodies and sonographic signs of lymph node metastases. Meanwhile, high risk of neck metastases of DTC in pregnant women (49%) needs to provide more aggressive initial surgical operation including not only extracapsular total thyroidectomy but prophylactic central (for some indications – lateral as well) lymph node neck dissection for proper disease staging, adequate choice of treatment options and diminishing of relapses.

Key words: differentiated thyroid carcinoma, pregnancy, surgical treatment, radioiodine ablation.

Дата надходження до редакції 17.09.2012 р.