

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ РАКОМ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ТА МЕТОДИ ЙОГО ЛІКУВАННЯ

Погорелов О.В.

Київська медична академія післядипломної освіти, м.Київ

Зростання раку щитовидної залози в останній час можна пояснити збільшенням кількості фонових захворювань і дисплазій щитовидної залози, які мають тенденцію до малігнізації. За даними різних авторів в 80-90% випадків рак щитовидної залози розвивається в зобнозміненій і тільки в 10-20% випадків - в незміненій щитовидній залозі. Крім того, відмічено патоморфоз в сторону переважання високо диференційованих форм, з'явилися "нові", до цього рідкі форми - "маленький рак" (рак in situ), рак на фоні вузлового і полінодозного зобу, рак на фоні зоба Хашімото, рак на фоні дифузного токсичного зобу [1, 2, 3].

В зв'язку з ростом захворюваності раком щитовидної залози, питання ранньої його діагностики стають ще більш актуальними, так як ні один із методів клінічного дослідження до операції не дає можливості надійно виключити цю проблему. За період 1981 - 1985 рр в Україні було зареєстровано 59 випадків раку щитовидної залози (25 у дітей та 34 у підлітків). В Київській області дітей, хворих на рак щитовидної залози, до аварії на ЧАЕС зареєстровано не було. Облік хворих дітей було офіційно розпочато з 1989 року.

Всього за період 1989 - 1997 рр було виявлено 53 хворі дитини, з них 19 хлопчиків, 34 дівчат. За місцем проживання вони розподілялись так: -чиста зона - 19; -зона підвищеного радіаційного контролю -31; -зона відселення - 3.

Ці дані підтверджують досвід радіаційної медицини, який свідчить, що радіація незалежно від дози опромінення є вкрай небезпечною відносно виникнення раку щитовидної залози та збільшення захворюваності на нього спостерігається через 15-20 років після опромінення [4]. Це означає, що найбільша захворюваність на рак щитовидної залози серед постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС може бути зафіксована в період 2001 - 2005 років.

Морфологічний аналіз раку щитовидної залози свідчить про те, що за дуже рідким виключенням, він є високодиференційованим папілярним або фолікулярним та характеризується здатністю накопичувати радіоїод. Цю ж здатність мають і метастази високодиференційованого раку, що дає надію на успішну боротьбу з цим захворюванням за допомогою лікувальних доз радіоїоду [5].

Головною умовою підвищення ефективності лікування раку щитовидної залози, враховуючи його високу агресивність (що проявляється великою кількістю випадків багатофокусного росту, швидкого проростання капсули, частим метастазуванням у регіонарні лімфовузли та легені) є своєчасна діагностика захворювання. Єдиним методом, який дозволяє з найбільш високим ступенем інформативності у доопераційному періоді діагностувати рак щитовидної залози, є тонкогільчата аспіраційна біопсія із подальшою цитологією пунктату. Сучасна цитологічна діагностика злоякісних новоутворень щитовидної залози базується на використанні комплексу морфологічних, цитохімічних та імуноцитохімічних методів, які забезпечують виявлення маркерів, характерних для клітин різноманітних типів пухлин тиреоїдного походження та їх метастазів.

Принципи лікування раку щитовидної залози будуються з урахуванням його морфологічних особливостей (вискодиференційований папілярний або фолікулярний із здатністю накопичувати радіоїод), клінічних проявів (багатофокусність росту, швидке проростання капсули, часте метастазування) та відомого факту, що будь яка кількість тканини щитовидної залози перешкоджає попаданню радіоїоду в метастази, тобто знижує ефективність їх візуалізації при діагностичному пошуку.

В зв'язку з цим при хірургічному лікуванні найчастіше використовується тиреоїдектомія або

субтотальна резекція щитовидної залози, після чого не ранише ніж через 6 тижнів після оперативного втручання, треба провести сканування для пошуку залишкової тканини щитовидної залози або наявності метастазів. Такий термін треба витримати для того, щоб поновилася чутливість залишкової тканини щитовидної залози, яка, можливо, не видалена під час операції, до тиреотропіну. Рівень тиреотропіну в крові повинен забезпечити гіперстимуляцію залишкової тканини щитовидної залози, що досягається за рахунок його підвищення порівняно з нормою у 5-6 разів тоді, коли хворий увесь період від операції до сканування не отримує тиреоїдних гормонів. У випадках, коли симптоми гіпотиреозу швидко нарастають допускається у перші 3-4 тижні до сканування призначення трийодтіроніну (але ні в якому разі тироксіну) в дозі 1-1,5 мкг/кг на добу. Не пізніше ніж за два тижні до сканування відміняється і трийодтіронін. Виявлена залишкова тканина щитовидної залози ліквідується радіоїодом, доза якого залежить від розмірів та активності залишеної після операції тиреоїдної тканини і, орієнтовано, дорівнює 30-100 мСi. Через 3 місяці, на протязі яких хворий лікується тироксіном, проводиться нове сканування з метою перевірки ефективності абляції і, якщо вона недостатня, лікування радіоїодом у адекватній дозі повторюють. Ліквідація залишкової тканини щитовидної залози або її відсутність безпосередньо після хірургічного втручання відкриває можливості для успішного пошуку регіонарних або віддалених метастазів та їх лікування великими дозами (100-250 мСi) дозами радіоїоду з інтервалом, при необхідності, у 5-6 місяців до повного зникнення.

У періоди між скануваннями області щитовидної залози та всього тіла, а також після лікувальних доз радіоїодом, хворий отримує супресивні дози тироксіну, тобто такі, що забезпечують різке зниження тиреотропної функції гіпофізу з метою блокади можливих вогнищ раку щитовидної залози або його

метастазів, клітини яких мають рецептори до тиреотропіну. Підбирається мінімальна доза тироксіну, яка здатна підтримувати супресивний ефект на належному рівні тому, що неадекватно здорові дози тироксіну можуть виявити виникнення симптомів ендогенного токсикозу, сприяти, особливо в жінок з менопаузою, розвитку остеопорозу. Досвід свідчить, що мінімальна підтримуюча супресивна доза тироксіну найчастіше становить 150-200 мкг на добу. Контролем якості супресивної терапії тиреоїдними гормонами є низький рівень у крові хворого тиреотропіну, вміст якого перевіряється регулярно.

Хворому на рак щитовидної залози після тиреоїдектомії, ліквідації залишкової тканини щитовидної залози та метастазів на протязі життя проводять періодичне визначення вмісту тиреоглобуліну - його різке підвищення може свідчити про появу нових метастазів. У такому випадку знову проводиться сканування всього тіла з метою виявлення локалізації метастазу та лікування його радіоїодом за вище наведеною схемою.

При папілярній та фолікулярній формах раку щитовидної залози зовнішнє опромінення після операції з метою профілактики рецидиву пухлини та лікування метастазів призначається в випадках наявності алергії до йоду або ненакопичуючих йод метастазах.

Хіміотерапія раку щитовидної залози доксорубіцином, адриоміцином, блеомицином, цисплатином і віпразіном нами не проводиться і, як свідчить досвід провідних клінік світу, малоефективна, супроводжується побічними ефектами у вигляді нейтропатії, анемії, лейкопенії, випадіння волосся, фіброзу легенів.

Чітке дотримання принципів лікування післярадіаційного високодиференційованого раку щитовидної залози та якісна довічна диспансеризація здатні забезпечити високий рівень збереження життя та працездатності хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зуб В.С., Федорченко В.М. Захворюваність на рак щитовидної залози дорослого населення Чернігівської області за 1989-1992 роки. // V з'їзд ендокринологів України "Сучасні проблеми експериментальної та клінічної ендокринології": Тез. доп.-Київ, 1994.-с.266.
2. Кабалич О.К., Степанов М.М., Собещанська О.О. та ін. Епідеміологічні особливості зоба в Криму. //Там же.-с.175-176.
3. Макап Р.Д., Вовк В.І. Деякі дискусійні питання патогенезу пухлин щитовидної залози. //Там же.-с.207-208.
4. Dralle H. Metaanalysis of Thyroid Cancer Risk in Patients with Cold Thyroid Nodules and multinodular Goiter. //Exp.Clin.Endocrinol.-1993.-Vol.101.-p.109-117.
5. Langsteger W., Koltringer P., Wolf G., Dominik et al. The Impact of Geographical, Clinical, Dietary and Radiationinduced Features in Epidemiology of Thyroid Cancer. //Europ. J. Cancer.-1993.-Vol.29A.-p.1547-1553.

РЕЗЮМЕ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Погорелов О.В.

В статье приведены основные данные заболеваемости и распространения рака щитовидной железы среди населения Киевской области, причины возрастания его случаев и проявлений. Приводятся современные принципы лечения высоко- и низкодифференцированных форм тиреоидного рака.

SUMMARY

SICKNESS RATE OF THYROID GLAND CANCER AND TREATMENT METHODS

O.V. Pogorelov

In the article the basic data of sickness rate and the spread of a pancreas cancer among the population of Kiev region are presented as well as the main causes of its increase. Modern principles of treatment of high- and lowly differentiated forms of thyroid cancer are presented.