РАЗДЕЛ 3. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

УДК 616.441-006.6-089

ЗНАЧИМОСТЬ РАЗМЕРА УЗЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бутырский А.Г.¹

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского МНВО РФ, 295006, бул. Ленина 5/7, Симферополь, Россия

Резюме. Биологическое поведение раковых узлов щитовидной железы (ЩЖ) различно в зависимости от их размеров. Цель исследования: определить отличия в исходах для больных дифференцированными раками (ДР) ЩЖ, сгруппированными согласно диаметру опухоли. Изучение включало ретроспективный анализ 97 пациентов с ДРЩЖ, отнесенными к T1 и T2 согласно Пятой редакции классификации TNM. М:Ж=13:86. У 64 выявлен папиллярный рак, у 33 - фолликулярный рак. Больные были разделены на 3 группы: I – диаметр опухоли до 10 мм, II - 11–20 мм, III - 21–40 мм. Критериями оценки считали характер метастазирования и 5-летнюю выживаемость после операции. Средний срок наблюдения составил 8,6 лет. Мы не видим оснований относить все раки размером до 20 мм к микрокарциномам, т.к. раковые узлы размером 11-20 мм требуют иных лечебно-тактических подходов, а данные, подтверждающие адекватность гемитиреоидэктомии для всех ДРЩЖ размером до 20 мм на сегодняшний день отсутствуют. Мы считаем правильным считать микрокарциномами опухоли до 10 мм, пока не будет накоплено достаточно данных для обоснованного пересмотра этой точки зрения.

Ключевые слова: щитовидная железа, рак, хирургическое лечение

IMPORTANCE OF NODE SIZE IN HIGH-DIFFERENTIATED THYROID CANCERSURGERY

Butyrskii A.G.¹

¹Medical Academy named after S. Georgievsky, Vernadsky CFU, 295006, 5/7 Lenin blv, Simferopol, Russia

Abstract. Biological behavior of thyroid nodes depends on their size. A paper was issued to define the difference in outcomes for thyroid differentiated cancer (TDC) patients grouped according to the tumor diameter. The study included retrospective analysis of 97 patients with TDC related to T1 and T2 according to V Edition of UICC TNM Classification. M:F=13:86. In 64 patients one revealed papillary cancer, in 33 – follicular cancer. Patients were shared to 3 groups: I – tumor diameter up to 10 mm, II - 11–20 mm, III - 21–40 mm. Criteria of assessment were the character of metastases and 5-year survival after surgery. Mean term of observation was 8,6 years.

We didn't find any reasons to relate all cancers with a size up to 20 mm to microcarcinomas because they require different approaches, and the data confirming efficacy of hemithyroidectomy for all TDC with a size 11-20 mm are absent. We consider right to relate a tumor up to 10 mm to microcarcinomas, until sufficient data will be accumulated for a reasonable revision of this point of view.

Key words: thyroid, cancer, surgical management

Введение. Вопрос о критериях микрокарцином щитовидной железы (МК ЩЖ) в свете Шестого (2002) и Седьмого (2009) пересмотра классификации [UnionInternationaleContreleCancer](#) (UICC)[1, 2] остается открытым, т.к. предложение относить к МК (T1) все опухоли до 20 мм в диаметре не учитывает особенности биологии рака ЩЖ и клинико-прогностических данные [3, 4]. В свете прошедшего в Саранске XXVIII Симпозиума по эндокринной хирургии (2018) становится понятным, что в РФ к МК продолжают относить т.н. маленькие раки с размером узла до 10 мм, хотя это и противоречит существующим международным рекомендациям [2]. Почему?

Цель работы: определить отличия в исходах для больных дифференцированными раками (ДР) ЩЖ, сгруппированными согласно диаметру опухоли.

Материалы и методы исследования. Изучение включало ретроспективный анализ 97 пациентов с ДРЩЖ, отнесенными к T1 и T2 согласно Пятой редакции классификации TNM. М:Ж=13:86. У 64 выявлен папиллярный рак, у 33 - фолликулярный рак. Больные были разделены на 3 группы: группа I – диаметр опухоли до 10 мм, группа II - 11–20 мм, группа III - 21–40 мм. Критериями оценки считали характер метастазирования и 5-летнюю выживаемость после операции. Средний срок наблюдения составил 8,6 лет.

Результаты и обсуждение. Папиллярный рак (ПР). 19 пациентов (29,7%) - группа I, 25 пациентов (39,1%) - группа II, 20 пациентов (31,2%) - группа III. Средний возраст пациентов в группах I, II и III составил $48,8 \pm 12,3$, $44,7 \pm 14,5$ и $47,4 \pm 16,0$ лет соответственно. Из 64 больных с ПР у 19 (28,7%) была выполнена тотальная тиреоидэктомия (ТЭ), 45 больным (71,3%) были выполнены гемитиреоидэктомия (ГТЭ) или ГТЭ с резекцией второй доли, или резекции ЩЖ различных объемов. Из 19 больных ПМК у 1 был только мультифокальный рост, у 1 были только метастазы в лимфоузлы, и у 1 был выявлен мультифокальный рост с метастазами в лимфоузлы. Эти пациентам была выполнена ТЭ, а при наличии метастазов она была дополнена лимфодиссекцией. У оставшихся 16 больных ПМК была представлена единичной опухолью без метастазов. Интраоперационный диагноз был выставлен у 3 больных, 2 была выполнена ТЭ, 6 - ГТЭ, 8 – резекции ЩЖ различного объема. Повторных операций не было.

Метастазы. У 1 из 63 больных ПР были выявлены отдаленные метастазы на этапе обследования. Размер опухоли этого пациента составил 18 мм (группа II). У 2 пациентов в группе I, у 8 пациентов в группе II и у 12 больных в группе III имелись гистологически подтвержденные метастазы в лимфоузлы. Исключая пациентов которые были классифицированы как Nx, частота метастазов в шейные лимфоузлы значительно выше в группах II и III (32% и 60%) против 11% в группе I.

Выживаемость. В группе I не было ни одной смерти от ПР, тогда как 3 больных в группе II и 4 больных в группе III умерли от рака. Была отмечена статистически существенная разница в выживаемости между группами 1 и 2 ($p=0,033$) и отсутствие разницы между группами II и III ($p=0,301$). У 1 пациента из группы I развился местный рецидив, у него выявлены отдаленные метастазы при дальнейшем наблюдении. У 6 больных из группы II и у 8 больных из группы III развились рецидивы.

Фоликулярный рак (ФР). 18 больных - группа I, 10 - группа II, 7 - группа III. Средний возраст составил $53,1 \pm 10,1$, $44,3 \pm 16,4$ и $44,1 \pm 18,4$ лет в группах I, II и III соответственно. Из 35 больных ФР у 15 была выполнена изначальная ТЭ (32,3%) или окончательная ТЭ (11,8%), 20 были выполнены резекции различных объемов.

Метастазы. Отдаленных метастазов у больных во время обследования обнаружено не было. Шейные метастазы в лимфоузлы были найдены у 3 пациентов в группе I, у 2 пациентов в группе II и у 5 пациентов в группе III.

Выживаемость. 1 больной из группы I, 3 больных из группы II и 4 больных из группы III умерли от ФР. В группе I не выявлено местных рецидивов или *prolongation morbi* в процессе наблюдения, тогда как у 1 пациента в группе II и у 5 больных в группе III развились рецидивы.

Заключение. Таким образом, мы не видим оснований относить все раки размером до 20 мм к T1, т.к. они требуют иных лечебно-тактических подходов, а данные, подтверждающие адекватность ГТЭ для всех ДРЩЖ размером до 20 мм, на сегодняшний день отсутствуют. Мы считаем правильным считать микрокарциномами опухоли до 10 мм, пока не будет накоплено достаточно данных для обоснованного пересмотра этой точки зрения.

Надо заметить, что далеко не все разделяют нашу точку зрения. Так, в статье В.Э. Ванушко и А.Ю. Цуркана [5] принимается позиция UICC и к МК ЩЖ относятся раки размером до 2 см. Но есть авторы, которые также считают, что нет биологических закономерностей, которые позволяли бы отнести ДР с размером узлов от 10 до 20 мм к МК ЩЖ [4].

Список литературы:

1. Sobin LH, Wittekind C. *UICC: TNM Classification of Malignant Tumours* (5th ed). Wiley-Liss: New York, 1997.
2. International Union Against Cancer (UICC). *TNM Classification of Malignant Tumours*, 7th ed. Sobin L.H., Gospodarowicz M.K., Wittekind Ch., eds. New York: Wiley-Blackwell; 2009.
3. Зяблов Е.В., Чеснокова Н.П., Барсуков В.Ю. Рак щитовидной железы: современные концепции этиологии и патогенеза // Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. №3. С. 37-61.
4. Passler C., Scheuba C., Asari R., Kaczirek K., Kaserer K., Niederle B. Importance of tumour size in papillary and follicular thyroid cancer. *Br J Surg.* 2005; Feb 92(2):184-189. doi:10.1002/bjs.4795
5. Ванушко В.Э., Цуркан А.Ю. Объем хирургического вмешательства у больных дифференцированным раком щитовидной железы // Вест. новых мед. технологий. 2011. №18(2). С. 335-337.

Информация об авторах.

Бутырский Александр Геннадьевич – Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского, доцент кафедры общей хирургии, кандидат медицинских наук, доцент, +79787686945, albut@rambler.ru