
ХРОНИКА. ИНФОРМАЦИЯ

РЕЗОЛЮЦИЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ»

С 5 по 7 апреля 2007 г. в г. Екатеринбурге состоялась межрегиональная конференция с международным участием «Рак щитовидной железы и эндемический зоб», которая была посвящена многим аспектам патологии щитовидной железы, тесно связанным с клинической практикой. Обсуждались вопросы генетики и морфологических особенностей опухолей; особое внимание было уделено новым технологиям, а также наиболее дискуссионным темам обсуждаемой проблемы: хирургическому лечению, лечебной тактике при регионарных метастазах, показаниям к повторным операциям. Основные идеи, реализуемые в представленных докладах: ранняя диагностика рака щитовидной железы на субклеточном уровне и разработка методов лечения, сочетающих онкологическую радикальность и функциональную сохранность. Одной из важных особенностей данной конференции явилось широкое представительство ведущих ученых-онкологов и эндокринологов. Такой состав участников позволил в рамках научной дискуссии обсудить ряд назревших проблем. Заслуживает внимания большое число сообщений практических врачей, имеющих многолетний опыт лечения этой категории больных. В ряде докладов представлены статистические данные, характеризующие состояние диагностики и лечения рака щитовидной железы как в целом в РФ, так и в отдельных регионах. Рак щитовидной железы занимает первое место по темпам прироста заболеваемости среди злокачественных опухолей других локализаций. В 2005 г. рак щитовидной железы был диагностирован у 8,5 тыс. больных, что составляет 6,0 на 100000 населения. Это в 4,7 раза больше, чем 10 лет назад. Активная выявляемость рака щитовидной железы остается на низком уровне – 15,8 %. Следует отметить стабильное улучшение показателей запущенности – 8,6 % и одногодичной летальности – 6,4 %.

Одной из дискуссионных тем явилась проблема диагностики и лечения раннего рака щитовидной железы, в частности опухолей, имеющих размеры 10–15 мм и не определяемых пальпаторно. В научной литературе они получили разные названия: малый рак, оккультный рак, непальпируемая опухоль и др. Однако эти образования легко можно обнаружить с помощью УЗИ и уточнить их морфологическое строение, выполнив пункционную биопсию под контролем УЗИ. Непальпируемые опухоли щитовидной железы известны давно. Так, при морфологическом исследовании щитовидной железы у лиц, погибших от травм или других заболеваний, не связанных со щитовидной железой, злокачественные опухоли в этом органе были обнаружены у 4–11 % больных, у которых при жизни не было каких-либо специфических симптомов. Большинство непальпируемых злокачественных опухолей были представлены папиллярным, реже фолликулярным и в единичных случаях медулярным раком. На этом основании рядом исследователей был сделан вывод о том, что указанные опухоли не требуют хирургического лечения и не опасны для больных. Однако многие авторы не разделяют этого мнения и указывают на то, что эти опухоли, оставаясь невыявленными, могут давать регионарные метастазы, которые опережают рост первичной опухоли. В настоящее время мы лишены возможности прогнозировать клиническое течение этих опухолей: проявят ли они себя регионарными метастазами или останутся не выявленными при жизни больного? В связи с этим решение данной проблемы требует активной лечебной тактики.

Одним из наиболее дискуссионных вопросов является выбор оптимального объема операции при дифференцированном раке щитовидной железы. Мнения ученых по этому вопросу существенно расходятся. В настоящее время

существует две концепции оптимального объема операции при дифференцированном раке щитовидной железы. Авторы, настаивающие на выполнении тиреоидэктомии у всех больных раком щитовидной железы, аргументируют свое решение частой первичной множественностью очагов рака щитовидной железы, невозможностью выполнить диагностическое исследование и лечение ^{131}I , поскольку остающаяся после резекции ткань щитовидной железы поглощает весь введенный ^{131}I . В послеоперационном периоде исключается возможность выявления рецидива рака щитовидной железы путем использования теста с тироглобулином.

Сторонники функционально-сохранных операций возражают против удаления всей щитовидной железы независимо от размеров раковой опухоли. Они считают, что на ранних стадиях дифференцированного рака щитовидной железы возможна резекция этого органа и обосновывают свое суждение рядом аргументов: в отличие от злокачественных опухолей других локализаций дифференцированный рак щитовидной железы развивается торпидно, поэтому в I и II стадиях удается выявить значительное число больных (до 37,4 %) и излечить 95–97 % пациентов. Современные методы исследования (УЗИ, КТ, пункция под контролем УЗИ и др.) позволяют выявить на ранней стадии как первичный очаг, так и регионарные и отдаленные метастазы. Операция в объеме тиреоидэктомии чревата опасностью серьезных осложнений даже в руках опытного хирурга – в 5–12 % повреждения паратиреоидных тел и возвратного нерва, что связано с субкапсулярным расположением паращитовидных желез и типом расположения возвратного нерва. Нельзя не принять во внимание, что после тиреоидэктомии пациент должен получать заместительную гормональную терапию на протяжении всей жизни.

Острую дискуссию вызвало обсуждение вопроса о необходимости превентивного удаления лимфатических узлов и клетчатки шеи, паратрахеальной области и передне-верхнего средостения. Многие хирурги мотивировали свою позицию обязательного удаления лимфатических узлов и клетчатки в указанных анатомических зонах всем больным, связывая это с высокой частотой регионарных метаста-

зов – 47 %. Известно, что значительная часть хирургов при раке щитовидной железы не проводят превентивных операций на лимфопутях, так как развитие регионарных метастазов при высокодифференцированном раке этого органа медленное, они длительное время не прорастают в окружающие ткани, и хирург успевает их удалить. Удаление метастазов из двух зон (паратрахеальной и передне-верхнего средостения) не исключает в дальнейшем появления регионарных метастазов в других зонах, в частности в зоне глубокой яремной цепи, куда при поражении верхних отделов щитовидной железы раковая опухоль метастазирует также с высокой частотой.

Сложность лечения больных раком щитовидной железы обусловлена тем, что их оперируют в различных лечебных учреждениях общей лечебной сети, как правило, с первичным диагнозом зоба или доброкачественной опухоли (аденомы). О диагнозе рака хирург узнает только после получения планового гистологического исследования после операции. Известно, что при повторных операциях более чем в 5 раз возрастает риск таких серьезных осложнений, как повреждение возвратного нерва и паратиреоидная недостаточность. Конференция рекомендовала ограничить число учреждений, в которых выполняют операции на щитовидной железе, только теми, в которых имеются все необходимые условия для адекватной диагностики этого заболевания (УЗИ, цитологическое исследование, возможность срочного гистологического исследования), а также специалисты, имеющие достаточный опыт работы для правильной интерпретации этих исследований.

Заседания конференции проходили на 7 секциях, где было сделано 154 доклада. Основные темы сообщений: генетика, иммуноморфологические методы диагностики, дифференциальная диагностика рака щитовидной железы и зоба, патология щитовидной железы у детей, проблема повторных операций, использование новых технологий.

В заключение была предложена резолюция конференции. Конференция рекомендует:

1. Выполнять органосохраняющие операции в объеме лобэктомии с перешейком при I и II стадиях дифференцированного рака щитовид-

ной железы (папиллярная и фолликулярная формы).

2. При распространенных формах рака щитовидной железы необходима тиреоидэктомия с последующей индикацией ^{131}I и тестом с тироглобулином.

3. Продолжить исследования по дифференцированному подходу к объему хирургического лечения рака щитовидной железы в стадии $\text{T}_2\text{N}_0\text{M}_0$ и $\text{T}_3\text{N}_0\text{M}_0$ с учетом индивидуальных факторов прогноза и на основании современных подходов к научным исследованиям с использованием рандомизированных протоколов НИИ и кафедр.

4. При выборе оптимального варианта оперативного вмешательства (тиреоидэктомия или резекция доли с перешейком) использовать критерии выбора объема операции, разработанные партнерством специалистов.

5. На основании 10-летних результатов признать высокую эффективность лечения ^{131}I отдаленных метастазов в легкие и средостение,

продолжить исследования в этом направлении клинической онкологии, ходатайствовать об обеспечении ^{131}I онкологических учреждений России.

6. Внедрить в клиническую практику видеоассистированные операции при удалении метастазов в передне-верхнем средостении и продолжить рандомизированные исследования, позволяющие аргументированно решить вопрос о показаниях к превентивным операциям удаления клетчатки и лимфатических узлов центральной зоны и передне-верхнего средостения.

7. Ограничить число выполняемых операций по поводу узловых образований щитовидной железы только теми лечебными учреждениями, которые имеют условия для адекватной диагностики (УЗИ, цитологическое исследование, срочное гистологическое и цитологическое исследования). Операции по поводу рака щитовидной железы должны выполняться в онкологических учреждениях.