

Роль латеральної лімфодисекції в радикальному лікуванні медулярної карциноми щитоподібної залози

А.М. Кваченюк¹,
Д.В. Рейзін²

¹ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»;

²Київська міська клінічна лікарня №8

Резюме. З метою з'ясування необхідності виконання профілактичної латеральної дисекції лімфовузлів шиї хворих із медулярною карциномою щитоподібної залози проведено ретроспективний аналіз частоти виникнення рецидиву захворювання та смертності пацієнтів залежно від розміру пухлин та об'єму хірургічного лікування. Результати дослідження підтвердили думку щодо обов'язкового проведення екстрафасціальної тиреоїдектомії навіть за пухлин розміром менше 2 см. При виконанні тиреоїдектомії та латеральної (однобічної або двобічної) дисекції лімфовузлів шиї частота виникнення рецидивів і смертність хворих була дуже високою, що пояснюється частим метастазуванням пухлин насамперед у лімфовузлі центрального відсіку шиї. Кількість рецидивів і смертність серед пацієнтів після проведення ізольованої центральної дисекції невелика; усі випадки ускладнень або смерті стосувалися виключно хворих із пухлинами розміром більше 2 см. У разі виконання тиреоїдектомії з наступною комбінованою центральною і боковою лімфодисекцією також зареєстрована невелика кількість рецидивів і випадків смерті пацієнтів: вони були суттєво нижчими порівняно з групою хворих, яким виконували тиреоїдектомію і бокову дисекцію шиї і подібними до тих, що зареєстровані за центральної лімфодисекції. Здебільшого це відмічено в групі пацієнтів із пухлинами розміром до 2 см. За результатами проведеного аналізу зроблено висновок, що за медулярних карцином розміром більше 2 см, навіть за відсутності метастазування в лімфовузлі, доцільно одночасно з тиреоїдектомією та центральною лімфодисекцією виконувати також і латеральну двобічну лімфодисекцію.

Ключові слова: медулярна карцинома щитоподібної залози, тиреоїдектомія, центральна і латеральна лімфодисекція шиї.

Хірургічний метод є основним у лікуванні медулярного раку щитоподібної залози (ЩЗ).

Проте відсутність єдиних підходів до лікування цього захворювання в різних країнах, зокрема і в Україні, а також необхідність адаптації низки сучасних міжнародних клінічних рекомендацій, прийнятих останнім часом, до хірургічної практики визначають необхідність поглибленого вивчення питання щодо адекват-

* адреса для листування (Correspondence): ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», вул. Вишгородська, 69, м. Київ, 04114, Україна. e-mail: zdovado@ukr.net

Оригінальні дослідження

ного (з огляду досягнення кращих результатів) об'єму хірургічних операцій на ЩЗ у пацієнтів із медулярними карциномами [1].

Особливе місце в цій проблемі належить необхідності проведення профілактичної лімфодисекції як рутинної процедури за медулярної карциноми ЩЗ, зокрема за спорадичної її форми. Відомо, що ці пухлини характеризуються раннім метастазуванням у регіонарні лімфовузли: частота лімфогенних метастазів може становити до 45-81% [2,3] (за нашими даними – 45-54% [4]) при спорадичній і спадковій формах хвороби. На відміну від диференційованих форм тиреоїдного раку (де можлива комбінація з радіоїодтерапією), лімфогенні метастази у випадку медулярного раку мають великий вплив на виживаність хворих. Так, ураження регіонарних лімфовузлів метастазами зумовлює більш ніж 3-кратний ризик смерті [5,6], а 10-річна виживаність хворих за цих умов становить лише 59%, тоді як у разі росту пухлини в межах залози – 80% і більше [5].

На сьогодні формується уявлення, що тиреоїдектомія при медулярній карциномі ЩЗ повинна доповнюватися центральною шийною дисекцією (видалення клітковини від під'язикової кістки і вздовж трахеї) та/або латеральною одно- або двосторонньою лімфаденектомією [7,8]. Фахівці з Американської тиреоїдної асоціації (2009) рекомендують проведення латеральної лімфодисекції тільки за ознак їх метастатичного ураження після виконання тиреоїдектомії і центральної шийної дисекції. Проте навіть за відсутності метастазів у центральному відсіку в 10% випадків вони виявляються в іпсилатеральному відсіку, а наявність кількох метастазів у центральному супроводжується в 98% випадків метастазами в іпсилатеральному [9]. Деякі дослідники рекомендують проводити однобічну латеральну дисекцію у хворих, якщо рівень кальцитоніну в крові не перевищує 200 пг/мл, і двобічну – у разі перевищення цієї величини [10].

Розроблено спосіб визначення обсягу лімфаденектомії при захворюванні на рак ЩЗ шляхом гістологічного дослідження лімфатичних вузлів залежно від зони розташування пухлини в ЩЗ [11]. Проте наявність мікрометастазів яремного колектора (навіть за пухлини, розмір якої не перевищує 2 см) неможливо своєчасно виявити ані на доопераційному етапі, ані за допомогою інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження, що унеможливило виконання адекватного втручання на лімфоколекторах. Водночас, за деякими даними, пухлини

діаметром навіть до 1 см відрізняються такою ж високою частотою лімфогенних метастазів, що і великі [9], хоча, за даними інших дослідників, частота їх метастазування досягає лише 10-20% [7]. Деякі автори вважають критичним розмір пухлини 3 см і рекомендують проведення видалення центральної клітковини ший, а для пухлин більше 3 см, навіть за відсутності клінічних даних щодо наявності метастазів, – одночасне видалення центральної і паравазальної клітковини ший на стороні первинного пухлинного осередку [13]. Отже, суттєвим при виборі об'єму оперативного втручання є визначення важливості такої характеристики пухлини, як її розмір.

Для обґрунтування клінічних показань необхідності виконання профілактичної латеральної дисекції лімфовузлів ший хворих із медулярною карциномою ЩЗ за пухлин різного розміру проведений ретроспективний аналіз частоти виникнення рецидиву захворювання та смертності пацієнтів залежно від об'єму хірургічного лікування.

Матеріал та методи

Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 226 хворих із медулярною карциномою ЩЗ, які перебували на лікуванні в хірургічному відділі ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комисаренка НАМН України» в період із 1979 р. по 2012 р. Серед пацієнтів когорти було 160 жінок і 66 чоловіків, спадкову форму хвороби встановлено в 40 пацієнтів.

Реєстрували розмір пухлин, форму хірургічного втручання, кількість рецидивів, зокрема повторних, а також стан пацієнтів (живі чи померли) на кінець 2012 року. Останню інформацію було надано Національним реєстром раку України. Залежно від об'єму оперативного втручання пацієнти були розподілені на 5 груп: ті, яким була проведена гемітиреоїдектомія або часткова резекція долі залози, тиреоїдектомія, тиреоїдектомія і бокова дисекція ший, тиреоїдектомія і центральна дисекція ший, тиреоїдектомія та центральна і бокова дисекції ший. Зважаючи на мету дослідження, аналіз клінічних даних був проведений не лише за результатами порівняння даних п'яти зазначених груп хворих із медулярною карциномою, які відрізнялися характером оперативного втручання, але і з урахуванням розмірів пухлин (підгрупи: пухлини до 2 см і пухлини, розмір яких більше 2 см).

При проведенні аналізу не враховували форму захворювання (спорадична, родинна чи

у складі синдрому МЕН-2), оскільки переважна більшість пацієнтів зі спадковими формами хвороби входила до підгрупи з пухлинами розмірами, що перевищували 2 см.

Статистичну обробку даних проводили з використанням критерію узгодженості розподілів χ^2 Пірсона (P_χ). Критичний рівень значимості приймали за 0,05.

Результати та їх обговорення

У половини пацієнтів із медулярною карциною, яким була виконана гемітиреоїдектомія (або резекція долі), у післяопераційному періоді відмічені рецидиви захворювання, які потребували повторного оперативного втручання на ЩЗ (**таблиця**) і зустрічались як серед хворих із пухлинами розміром до 2 см, так і з пухлинами, розмір яких перевищував 2 см. Кожен п'ятий пацієнт із цієї групи помер, здебільшого це були хворі з другої підгрупи. Високий рівень рецидивів після проведення гемітиреоїдектомії засвідчували й інші автори [14].

Взагалі ці дані становлять швидше «історичний» інтерес, оскільки вони відображають розвиток уявлення про недостатність видалення лише пухлинного осередку при медулярній карциномі ЩЗ (більшість пацієнтів цієї групи перебували в хірургічному відділенні у 1979-1999 рр. і лише п'ятеро з них – у 2001-2004 рр.). Разом із тим, є дослідники, які ще донедавна наполягали, що за інтратиреоїдної локалізації первинної пухлини розміром до 2 см і відсутності регіонарних метастазів проведення функціонально-збережувальних операцій є доцільним [15,16]. Мотивація цих висновків базувалася на тому, що такий об'єм операції забезпечує гарні результати, які є зіставними з такими у хворих із високо диференційованими (папілярними і фолікулярними) карциномами ЩЗ, при цьому має місце менша кількість ускладнень. Деякі автори свідчать про можливість застосування функціонально-збережувальних операцій при С-клітинних мікрокарциномах ЩЗ. За наявності подібних новоутворень рекомендують видаляти обидві долі залози, зберігаючи перешийок, в якому кальцитонін-продукуючі клітини не зустрічаються [7].

Інші автори, піддаючи критиці такі висновки, вказують на відсутність у проведених дослідженнях об'єктивних критеріїв наявності рецидивів після гемітиреоїдектомії, а також на різні показники, які використовуються для їх характеристики (кількість метастазів, частота рецидивів, летальність) [13,17]. Наші дані

свідчать про високу частоту рецидивів і значну летальність серед хворих, яким в якості першої операції була проведена гемітиреоїдектомія, навіть за пухлини розміром до 2 см. Зазначимо, що метастази до регіонарних лімфовузлів у підгрупах зустрічалися з однаковою частотою (відповідно 36,4% і 30,8% для пухлин розміром до і більше 2 см).

У пацієнтів із медулярною карциною, яким була виконана тиреоїдектомія, кількість рецидивів майже втричі менша, ніж за гемітиреоїдектомії, проте рівень смертності серед пацієнтів обох груп був зіставним. Аналіз отриманих даних засвідчив, що подібна картина має місце як у підгрупі хворих із пухлинами до 2 см, так і в підгрупі пацієнтів із пухлинами розміром понад 2 см. Особливістю цієї групи хворих є мала кількість випадків пухлин із метастазами, які реєстрували при доопераційному обстеженні хворих (4,2% і 11,4%, відповідно, для пухлин розміром до і більше 2 см), проте у значній кількості пацієнтів із цієї групи за допомогою методів топічної діагностики неможливо було оцінити наявність регіонарних метастазів (категорія Nx); частка таких хворих склала 31,3% і 14,3% відповідно. Отже, результати проведеного аналізу підтверджують думку, яка домінує в літературі, щодо доцільності проведення екстрафасціальної тиреоїдектомії при медулярній карциномі ЩЗ. Вона приймається вже як аксіома, за винятком випадків, коли тиреоїдектомія неможлива з технічних причин.

Разом із тим, питання про об'єм лімфодисекції при оперативному лікуванні медулярного раку ЩЗ залишається багато в чому дискусійним. Більшість іноземних авторів вважає необхідним в усіх без винятку випадках при тиреоїдектомії виконувати центральну лімфодисекцію, незалежно від наявності чи відсутності метастазів у цій зоні [18-20]. Формулюють також показання для латеральної дисекції лімфовузлів (рівень II-IV) у разі ознак їх метастатичного ураження, яке визначається клінічно за допомогою УЗД, пункційної біопсії чи інтраопераційно, або при інтактних вузлах, але за наявності метастазів у центральному відсіку [21-23].

Результати проведеного аналізу лікування хворих із дослідженої когорти свідчать, що при виконанні латеральної (однобічної або двобічної) дисекції лімфовузлів ший частота виникнення рецидивів і смертність хворих є дуже високою. Ці дані не є несподіваними, бо хоча така операція апіорі спрямована саме на попередження виникнення рецидивів і досягнення кращих результатів лікування хворих із медуляр-

Оригінальні дослідження

ною карциномою ЩЗ, слід взяти до уваги той факт, що метастази при пухлині, яку можна вже виявити при пальпації, майже у 80-90% випадків виявляються, насамперед, у центральних відсіках шиї [7]. Зазначимо, що висока смертність серед хворих, яким виконана тиреоїдектомія та бокова дисекція шиї, в основному, відноситься до пацієнтів із пухлинами, розмір яких більший за 2 см, тоді як при пухлинах менших за 2 см цей показник удвічі нижчий. Водночас, висока частота рецидивів відмічена в обох підгрупах (пухлини до і більше 2 см), так як кількість випадків метастатичних пухлин у них однакова (100% і 97,3% відповідно).

У літературі існує думка, що при місцево розповсюджених пухлинах «шийна хірургія» повинна бути менш агресивною [7]. Аналіз наших даних показав, що за пухлин категорії T₁-T₂, тобто тих, які не мають розповсюдження за межі залози, при виконанні тиреоїдектомії і бокової дисекції кількість рецидивів невелика (1 з 11 випадків, 9,1%), тоді як за пухлин T₃-T₄ вона в 7 разів вища (22 з 34 випадків, 64,7%, P=0,001). Рівень повторного рецидування (41,2% і 0%) і смертність серед пацієнтів із пухлинами T₃-T₄ порівняно з хворими з пухлинами T₁-T₂ також є вищою (відповідно 20 випадків із 34, 58,8%, і 2 випадки з 11, 18,2%, P=0,019). Слід зазначити, що при проведенні лише тиреоїдектомії смертність у групі пацієнтів із пухлинами T₃-T₄ склала

36,8%, що може свідчити на підтримку висловленої вище тези. Водночас, за двобічної дисекції шиї кількість рецидивів виявилася нижчою, ніж при видаленні лімфовузлів лише з однієї сторони (відповідно 10 випадків із 19, 52,6%, і 13 випадків із 15, 86,7%, P=0,035). Отже, доцільність проведення лише однієї латеральної дисекції шиї при місцево розповсюджених пухлинах є сумнівною.

Подібні сумніви висловлює низка дослідників, які зауважують, що після проведення бокових лімфодисекцій у більшості пацієнтів із великими первинними пухлинами та за наявності метастазів у лімфовузлі VI рівня відсутня біохімічна ремісія захворювання, тобто нормалізація рівня кальцитоніну в крові [24].

Кількість рецидивів і смертність серед пацієнтів після проведення ізольованої центральної дисекції невелика. Усі випадки ускладнень або смерті стосувалися виключно пацієнтів із пухлинами розміром понад 2 см. У разі виконання тиреоїдектомії з наступною комбінованою центральною і боковою лімфодисекцією також зареєстрована незначна кількість рецидивів і випадків смерті хворих: вони були суттєво нижчими порівняно з групою хворих, яким виконували тиреоїдектомію і бокову дисекцію шиї, і подібними до тих, що зареєстровані за центральною лімфоаденектомією. Найяскравіше це видно в групі хворих із пухлинами розміром до 2 см.

Щодо випадків місцево розповсюджених пухлин, то за центральної і латеральної дисекції шиї кількість рецидивів (7 випадків із 27, 25,9%) і повторних рецидивів (0,0%) також зіставні з їх кількістю після проведення лише центральної (1 випадок із 7, 14,3%, P=0,517, і 0,0%) і значно нижчі, ніж при проведенні лише латеральної дисекції. Дещо вища смертність серед пацієнтів із пухлинами T₃-T₄ після тиреоїдектомії з центральною і латеральною дисекцією шиї порівняно з групою пацієнтів із центральною (9 випадків із 27, 33,3% і 1 випадок із 7, 14,3%, P=0,324) може бути пов'язана з більшою кількістю пацієнтів із віддаленими метастазами медулярної карциноми в першій групі (7 випадків із 27, 25,9% і 1 випадок із 7, 14,3%).

Таким чином, проведений аналіз дозволяє зробити наступні

Таблиця. Кількість випадків виникнення післяопераційних рецидивів та смерті при проведенні різного об'єму оперативного втручання у хворих із медулярною карциномою щитоподібної залози

Об'єм оперативного втручання	n	Кількість випадків	
		рецидивів	смерті
Загальна група			
Гемітиреоїдектомія	24	12 (50,0 %)	5 (20,8 %)
Тиреоїдектомія	83	14 (16,9 %) *	13 (15,7 %)
Тиреоїдектомія і бокова дисекція шиї	45	24 (53,3 %) #	22 (48,9 %) #
Тиреоїдектомія і центральна дисекція шиї	27	4 (14,8 %) ^	2 (7,4 %) ^
Тиреоїдектомія і центральна та бокова дисекції шиї	42	7 (16,7 %) ^	10 (23,8 %) ^
Пацієнти з пухлинами до 2 см			
Гемітиреоїдектомія	11	6 (54,5 %)	1 (9,1 %)
Тиреоїдектомія	48	6 (12,5 %) *	6 (12,5 %)
Тиреоїдектомія і бокова дисекція шиї	7	3 (42,8 %)	2 (28,6 %)
Тиреоїдектомія і центральна дисекція шиї	14	0 (0,0 %) #^	0 (0,0 %) #^
Тиреоїдектомія і центральна та бокова дисекції шиї	14	1 (7,1 %) ^	1 (7,1 %)
Пацієнти з пухлинами більше 2 см			
Гемітиреоїдектомія	13	6 (46,2 %)	4 (30,8 %)
Тиреоїдектомія	35	8 (22,9 %)	7 (20,0 %)
Тиреоїдектомія і бокова дисекція шиї	38	21 (55,3 %) #	20 (52,6 %) #
Тиреоїдектомія і центральна дисекція шиї	13	4 (20,8 %)	2 (15,4 %) ^
Тиреоїдектомія і центральна та бокова дисекції шиї	28	5 (17,9 %) ^	9 (32,1 %)

Примітка: Зміни вірогідні порівняно з даними: * – групи хворих із гемітиреоїдектомією;

– групи хворих із тиреоїдектомією; ^ – групи хворих із тиреоїдектомією та боковою дисекцією шиї.

висновки. За медулярної карциноми, яка має виключно інтратиреоїдну локалізацію, розмір пухлини якої не перевищує 2 см і для якої методами топічної діагностики доведена відсутність метастазування до регіонарних лімфовузлів, достатнім об'ємом оперативного втручання є екстрафасціальна тиреоїдектомія, сполучена з центральною лімфодисекцією. Оскільки інтраоперативно за допомогою гістологічного експрес-дослідження неможливо своєчасно виявити наявність мікрометастазів до лімфовузлів, на нашу думку, проведення за зазначених умов лише тиреоїдектомії є недостатнім. Подібний висновок зроблено й іншими авторами [25].

У випадку пухлин розміром більше 2 см навіть без метастазування в лімфовузлі ший або ж пухлин будь-якого розміру з діагностованими метастазами необхідно одночасно з тиреоїдектомією і центральною лімфодисекцією виконувати також і латеральну двобічну лімфодисекцію.

Зазначимо, що ці висновки вкладаються в ті уявлення, які на сьогодні формуються у світовій хірургічній практиці, зокрема подібні рекомендації внесені до «Проекту національних клінічних рекомендацій по діагностиці і лікуванню медулярного раку щитоподібної залози» Російської Федерації [24]. Проте фахівці експертної робочої групи, які готували цей «Проект...», при встановленні об'єму операції не акцентують увагу на розмірі пухлини, а обмежуються лише вказівкою врахування місцевої інвазії первинної пухлини і наявності метастазів у шийній лімфовузлі. Як свідчать результати наших досліджень, чинник розміру пухлини є суттєвим для вибору об'єму оперативного втручання, особливо у випадку пухлин, для яких на момент обстеження не виявлено метастази в регіонарні лімфовузлі.

Список використаної літератури

1. Wu L., Milan S. Management of micro carcinomas (papillary and medullary) of the thyroid // *Curr. Opin. Oncol.* 2013, 25, N 1, 27-32.
2. Machens A., Hauptmann S., Dralle H. Increased risk of lymph node metastasis in multifocal hereditary and sporadic medullary thyroid cancer // *World J. Surg.* 2007, 31, N 10, 1960-1965.
3. Mann B., Buhr H. Das Konzept der mikrochirurgischen Technik beim medullaren Schilddrusenkarzinom // *Langenbecks Arch. Chir.* 1998, 116, Suppl. II, 720.
4. Кваченюк А.М., Рейзін Д.В., Пілецький А.М., Рейзін В.І. Клініко-прогностичний аналіз перебігу хвороби у хворих з медулярною карциномою щитоподібної залози // *Клінічна хірургія.* 2013, (подана до друку).
5. Raue F., Kotzerke J., Reinwein D. et al. Prognostic factors in medullary thyroid carcinoma, evaluation of 741 patients from the German medullary thyroid carcinoma register // *Clin. Inv. Med.* 1993, 71, N 1, 7-11.
6. Witte J., Schlotmann U., Simon D. et al. Der Lymphknotenmetastasen differenzierter Schilddrusenkarzinome und C-Zellkarzinome für deren Prognose – eine Metanalyse // *Zentralbl. Chir.* 1997, 12, 259-265.
7. Рыбаков С.И. Рак щитовидной железы. Полтава: ООО «АСМИ», 2012. 572 с.
8. Lupone G., Antonino A., Rosato A. et al. Surgical strategy for the treatment of sporadic medullary thyroid carcinoma: our experience // *G. Chir.* 2012, 33, N 11-12, 395-399.
9. Machens A., Hauptmann S., Dralle H. Prediction of lateral lymph node metastases in medullary thyroid cancer // *Br. J. Surg.* 2009, 95, N 5, 586-591.
10. Dralle H., Machens A. Surgical management of the lateral neck compartment for metastatic thyroid cancer // *Curr. Opin. Oncol.* 2013, 25, N 1, 20-26.
11. Патент № 46479 А Україна, МПК А61В 17/00, G01N 33/48, А61В 10/00. Спосіб визначення обсягу лімфаденектомії при захворюванні на рак щитовидної залози. Комісаренко І.В., Рыбаков С.Й., Богданова Т.І. та ін. Опубл. 15.05.2002, Бюл. №5, 2002.
12. Beressi N., Campos J., Beressi J. et al. Sporadic medullary microcarcinoma of the thyroid: a retrospective analysis of eighty cases // *Thyroid.* 1998, 8, N 11, 1039-1044.
13. Исаев П.А. Медулярный рак щитовидной железы (комплексная лучевая диагностика и лечение): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.19, 14.00.14; Обнинск, 2004. 150 с.
14. Ильин А.А., Румянцев П.О., Исаев П.А. и др. Спорадический и семейный варианты медулярного рака щитовидной железы // *Проблемы эндокринологии.* 2003, № 5, 45-47.
15. Бржезовский В.Ж., Любаев В.Л. Диагностика и лечение медулярного рака щитовидной железы // *Практическая онкология.* 2007, № 1, 29-34.
16. Лисовский О.В. Выбор рационального объема хирургического лечения больных спорадическим медулярным раком щитовидной железы: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.27; С.-Пб, 2008. 103 с.
17. Бржезовский В.Ж., Любаев В.Л., Пачес А.И. и др. Органосохраняющие операции при медулярном раке щитовидной железы // *Сибирский онкол. ж.* 2006, Приложение 1, 19-20.
18. Brauckhoff M., Lorenz K., Vkat J. et al. Medullary thyroid carcinoma // *Scand. J. Surg.* 2004, 93, N 4, 249-260.
19. Clarc O.H. Surgical management of medullary thyroid carcinoma // *Eur. Surg.* 2003, 35, N 1, 49-50.
20. Schuetz M., Behesthi M., Oczer S. et al. Calcitonin measurements for early detection of medullary thyroid carcinoma or its premalignant conditions in Hashimoto's thyroiditis // *Anticancer Res.* 2006, 26, N 1, 723-728.
21. Kebebew E., Ituarte P., Siperstain A. et al. Medullary thyroid carcinoma: clinical characteristic? Treatment, prognostic factors and comparison of staging system //

Оригінальні дослідження

- Cancer. 2000, 88, N 5, 1139-1148.
22. Clarc O. Medullary carcinoma of the thyroid. In: Wartofski L., VanNostrand D., Totowa N.J. [eds] Thyroid cancer. NY: Humana Press, 2006, p. 596-597.
23. Tuttle R., Ball D., Byrd D. et al. Medullary carcinoma // J. Natl. Compr. Cancer Netw. 2010, 8, N 5, 512-530.
24. Диагностика и лечение медуллярного рака щитовидной железы (Проект национальных клинических рекомендаций) // Эндокринная хирургия. 2012, № 1, 5-17.
25. Pilaete K., Delaere P., Decallonne B. et al. Medullary thyroid cancer: prognostic factors for survival and recurrence, recommendations for the extent of lymph node dissection and for surgical therapy in recurrent disease // B-ENT. 2012, 8, N 2, 113-121.

(Надійшла до редакції 19.03.2013)

Роль латеральной лимфодиссекции в радикальном лечении медуллярной карциномы щитовидной железы

А.Н. Кваченюк¹, Д.В. Рейзин²

¹ДУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины»;

²Киевская городская клиническая больница №8

Резюме. С целью выяснения необходимости проведения профилактической латеральной диссекции лимфоузлов шеи у больных с медуллярной карциномой щитовидной железы проведен ретроспективный анализ частоты возникновения рецидива заболевания и смертности пациентов в зависимости от размера опухоли и объема хирургического лечения. Результаты исследования подтвердили мнение об обязательном проведении экстрафасциальной тиреоидэктомии даже при опухолях менее 2 см. При выполнении тиреоидэктомии и латеральной (односторонней или двусторонней) диссекции лимфоузлов шеи частота возникновения рецидивов и смертность больных были очень высоки, что объясняется частым метастазированием опухолей, прежде всего, в лимфоузлы центрального отсека шеи. Количество рецидивов и смертность среди пациентов после проведения изолированной центральной диссекции невысока; все случаи осложнений или смерти касались исключительно больных с опухолями размером более 2 см. В случае выполнения тиреоидэктомии и комбинированной центральной и боковой лимфодиссекции также отмечено небольшое количество рецидивов и случаев смерти пациентов: они были существенно ниже в сравнении с группой больных, которым была выполнена тиреоидэктомия и боковая диссекция шеи, и сравнима с группой пациентов, которым выполнили центральную лимфоаденэктомию. Наиболее четко это отмечено в группе больных с опухолями до 2 см. По результатам проведенного анализа сделан вывод о том, что при медуллярных карциномах размером более 2 см, даже при отсутствии метастазирования в лимфоузлы, целесообразно одновременно с тиреоидэктомией и центральной лимфодиссекцией проводить также и

латеральную двустороннюю лимфодиссекцию.

Ключевые слова: медуллярная карцинома щитовидной железы, тиреоидэктомия, центральная и латеральная лимфодиссекция шеи.

Role of lateral lymph node dissection in the radical treatment of medullary thyroid carcinoma

A.N. Kvachenyuk¹, D.V. Reizin²

¹State Institution «V.P. Komisarenko Institute of Endocrinology and Metabolism, Natl. Acad. Med. Sci. of Ukraine»;

²City Clinical Hospital N8, Kyiv.

Summary. In order to determine the need for prophylactic lateral cervical lymph node dissection in patients with medullary thyroid carcinoma with tumors of various size, a retrospective analysis has been conducted, of the incidence of recurrences and mortality of patients depending on tumor size and volume of surgery. The study confirmed the idea dominating in the literature, of a mandatory extrafascial thyroidectomy even for tumors less than 2 cm. In case of thyroidectomy and lateral (unilateral or bilateral) lymph node dissection, the frequency of recurrences and mortality of patients was very high, due to frequent tumor metastases primarily to the lymph nodes of the central compartment of the neck. The recurrence and mortality rates among patients after an isolated central dissection is low, and all cases of complications or death concerned exclusively patients with tumors larger than 2 cm. In case of thyroidectomy followed by a combined central and lateral lymph node dissection, a small amount of recurrences and death were also reported in patients: they were significantly lower compared with the group of patients who underwent thyroidectomy and lateral neck dissection, and were comparable with the group of patients who underwent central cervical lymph node dissection. This is most evident for the group of patients with tumors up to 2 cm. Based on this analysis, the authors conclude that in case of medullary carcinomas larger than 2 cm, even in the absence of lymph node metastases (from a survey of methods of topical diagnosis), it is appropriate to perform - in conjunction with thyroidectomy and central lymph dissection - a bilateral lymphadenectomy as well.

Keywords: medullary thyroid carcinoma, thyroidectomy, central and lateral lymph node dissection.