

було підтверджено. Відповідно до програми лікування хворій було рекомендоване проведення радіоїодотерапії, яку розпочато в травні 2008 р. На постлікувальних сканах травні, жовтні 2008 р. та квітні 2009 р. візуалізувалася фіксація РФП у типовому місці. Тироїдної абляції досягнуто в жовтні 2009 р. Сумарно отримала 8140 МБк ¹³¹I-натрію йодиду. Однак при першому контрольному обстеженні рівень ТГ становив 329 нг/мл, у зв'язку з чим хворій було рекомендовано продовжити РІТ.

Унаслідок рецидиву тироїдного раку лікування розпочато в травні 2010 р. На постлікувальних сканах виявлено фіксацію РФП у типовому місці і середньо-базальних відділах обох легенів. На комп'ютерній томограмі органів грудної клітки (ОГК) від 20.06.10 р. — лімфовузол 21×18×28 мм у верхньому середостінні. Рівень ТГ на фоні відміни гормонотерапії від 14.09.10 р. — 20 нг/мл. На постлікувальних сканах від 29.09.10 р. — фіксація РФП у верхньому середостінні (ЛВ середостіння) і базальних відділах лівої легені. Комп'ютерна томографія ОГК від 23.09.11 р. — лімфовузол середостіння без даних на зростання, є дані на деяке зменшення цього лімфовузла в окремих вимірюваннях. Отримувала 200 мкг тироксину, ТТГ — 0,08 мМОд/л.

На цей час хвора продовжує лікування радіоїодом з позитивною динамікою, підтвердженою як скінтиграфічно, так і при КТ. Отже на даному клінічному прикладі проілюстровано важливу роль визначення рівня ТГ на етапі моніторингу, його відповідність клінічній картині.

Регулярне і динамічне визначення рівня тироглобуліну є важливим прогностичним фактором як на етапах лікування, так і при моніторингу вилікуваних хворих для вчасного виявлення рецидивів та/або метастазів тироїдного раку.

Пацієнти зі стабільно високими показниками рівня ТГ на етапах лікування, навіть за відсутності візуалізації пухлинної тканини променевими методами дослідження потребують продовження лікування радіоїодом.

Незначне зростання рівня ТГ слід розцінювати як рецидив тироїдного раку, що є показанням для проведення повного комплексного обстеження з використанням КТ, ультразвукової діагностики і постлікувальної скінтиграфії після використання лікувальних активностей радіоїоду.

Відсутність візуалізації рецидивів та/або метастазів усіма доступними нам методами діагностики у хворих з різко підвищеним рівнем ТГ (200–600 нг/мл) ще раз підтверджує необхідність використання таких методів дослідження, як ПЕТ чи ОФЕКТ/КТ з використанням інших туморотропних, зокрема радіоїоду, радіофармпрепаратів, використання яких буде інформативним для хворих на диференційований рак щитоподібної залози.

Література

1. Pachini F., Castagna M.G., Brilli L., Pentheroudakis G. // *Ann. of Oncol.* — 2009. — Vol. 20, № 4. — P. 143–146.
2. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. — С. Петербург, 2006. — 368 с.
3. Lin J.D., Chen S.T., Chao T.C., Weng H.F. // *Arch. Surgery.* — 2005. — Vol. 140, № 10. — P. 940–945.
4. Wartofsky L. // *Hormones.* — 2010. — Vol. 9, № 2. — P. 103–108.
5. Джужа Д.А., Ларин А.С., Черенко С.М., Горобейко М.Б. // *Онкол.* — 2002. — Т. 4, № 3. — С. 197–199.
6. Bal C.S., Kumar A., Pant G.S. // *Nucl. Med. Commun.* — 2003. — Vol. 24. — P. 203–208.
7. Sawka A.M., Thephamongkhon K., Brouwers M. // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2004. — Vol. 89, № 8. — P. 3668–3676.

Н.А. Добровольський, Л.П. Іванова,
Л.І. Богданович, О.В. Кулічкова

Одеський обласний онкологічний диспансер

П'ятирічна безрецидивна виживаність після комбінованого лікування диференційованого раку щитоподібної залози

Five-year relapse-free survival after combination treatment for differentiated thyroid cancer

Summary. The results of treatment of patients with diffuse thyroid gland cancer with radioactive iodine as one of the constituents of the combination treatment are shown. Analysis of 5-year clinical follow up of 81 patients with diffuse thyroid cancer, treated at Odessa Regional Cancer Hospital, was done. Radioiodine therapy of patients with diffuse thyroid gland cancer is an integral part of combination treatment allowing considerable increase of the duration of life and improvement of the quality of life of the patients.

Key words: differentiated thyroid cancer, radioactive iodine, radioiodine therapy.

Резюме. Показаны результаты лечения больных с дифференцированным раком щитовидной железы (ДРЩЖ) радиоактивным йодом как одной из составляющих комбинированного лечения. Проведен анализ 5-летнего диспансерного наблюдения за 81 пациентом с ДРЩЖ, получившим комбинированное лечение в Одесском областном онкологическом диспансере.

Радиоiodотерапия ДРЩЖ — неотъемлемая составная комбинированного лечения, которое дает возможность значительно повысить продолжительность и улучшить качество жизни больных.

Ключевые слова: дифференцированный рак щитовидной железы, радиоактивный йод, радиоiodотерапия.

Ключові слова: диференційований рак щитоподібної залози, радіоактивний йод, радіоїодотерапія.

Рак щитоподібної залози (РЩЗ) досі є однією з найбільш розповсюджених пухлин органів ендокринної системи і становить 1–2 % від усіх злоякісних захворювань. За останні два десятиліття спостерігається помітне його поширення в пацієнтів молодого віку. У структурі захворюваності високо- і помірно диференційовані форми (папілярний, фолікулярний, змішаний) РЩЗ складають 85–90%. В Одеській області щорічно вперше виявляють близько 120 пацієнтів з діагнозом РЩЗ (1,3% від загальної кількості захворювань). Зокрема папілярний рак складає близько 76%, фолікулярний — 14%, медулярний — 5–6%, недиференційований і анапластичний 3–4%.

За даними канцер-реєстру України, в 2005 році був зареєстрований 2231 випадок уперше виявленого РЩЗ, тоді як у 2006 р. — 2381, 2007 р. — 2399, 2008 р. — 2505, 2009 р. — 2499, 2010 р. — 2600.

В Одеській області в 2001 р. зареєстровано 112 випадків захворювання на РЩЗ, у 2005 р. — 111, 2006 р. — 96, 2007 р. — 124, 2008 р. — 115, 2009 р. — 114, 2010 р. — 98, 2011 р. — 136 випадків.

Основним методом лікування РЩЗ була тиреоїдектомія, головна мета якої — повне видалення первинної пухлини, явно уражених регіонарних лімфовузлів і основної маси здорової тканини ЩЗ.

Другим етапом лікування диференційованого РЩЗ була радіоїодотерапія ¹³¹I (РІТ), її перевага — вибірковий вплив на автономно функціонуючі пухлинні ділянки, при мінімальному променевому впливі на весь організм.

Метою радіоїодотерапії є: променева абляція залишкової тканини ЩЗ; руйнування пухлини при неможливості видалити її оперативним шляхом; раннє виявлення і подальша терапія метастазів диференційованого РЩЗ, зокрема рентгеногегативних; можливість надалі визначати рівень тиреоглобуліну як пухлинного маркера РЩЗ.

Матеріалом для аналізу стала 81 історія хвороби пацієнтів з диференційованим РЩЗ, які отримали в Одеському обласному онкодиспансері комбіноване лікування в 2007 р. Всім хворим була проведена тотальна або субтотальна тиреоїдектомія, з подальшим проведенням діагностичної сцинтиграми (100 МБк). Через 4–6 тижнів після хірургічного лікування всі хворі отримали РІТ в дозі від 3700 до 6491 МБк залежно від ступеня поширеності процесу. Після комбінованого лікування хворі отримували гормонотерапію (L-тироксин, еутирокс) в супресивній дозі під контролем ТТГ. Надалі цим хворим проводилися сцинтиграми з діагностичною дозою ^{131}I двічі на рік протягом перших 2 років, 1 раз на рік протягом 3 років, з визначенням рівня ТГ.

381 хворого — 14 чоловіків, 67 жінок; до 45 років — 27 хворих (33%), після 45 років — 54 хворих (67%); I стадія — 42 пацієнти (52%), II — 12 (15%), III стадія — 21 пацієнт (26%), IV — 6 хворих (7%). Папілярний рак виявлено у 61 хворого (75%), фолікулярний — у 11 (13%), змішаний — у 9 хворих (12%).

На діагностичних сцинтиграмах у 42 хворих (52%) спостерігалось накопичення ^{131}I в проекції ЩЗ, у 36 (44%) — накопичення ^{131}I у проекції ЩЗ і регіонарних лімфовузлів, у 3 пацієнток (4%) — у проекції ЩЗ, лімфовузлів і легень. Хворі з виявленими вторинними змінами в легенях, спочатку одержували лікувальні дози РІТ (6450 МБк). Із загальної кількості хворих 67 пацієнтів одержали по 1 курсу, 11 — по 2 курси, 2 пацієнтки одержали по 8 курсів РІТ, 1 пацієнтка одержала 7 курсів РІТ. Терапія радіоактивним йодом проводилася до повної ліквідації тканини, що накопичує радіоактивний йод 131.

Повне вилікування оцінювали за такими критеріями: відсутність осередкового накопичення радіоактивного йоду при сцинтиграфії всього тіла; відсутність пальпаторних, ультразвукових, рентгенологічних ознак рецидиву пухлини і віддалених метастазів; рівень тиреоглобуліну в сироватці крові через 3–6 місяців після радіоїодотерапії не перевищує 2 нг/мл.

П'ятирічне диспансерне спостереження за даною групою хворих (81 особа) показало: 71 особа протягом 5 років знаходиться в 3-й клінічній групі, у цих пацієнтів на даний час відсутні клініко-лабораторні дані про наявність рецидиву пухлини і віддалені вторинні зміни; у 3 хворих, сцинтиграфічно, на залишкових активностях після лікувального курсу РІТ були виявлені метастази в легені. З них 2 пацієнтки отримали по 8 курсів РІТ в дозі 6000–6491 МБк, до повної відсутності накопичення ^{131}I , 1 хвора отримала 7 курсів РІТ, у неї спостерігається повільна позитивна динаміка в накопиченні ^{131}I в проекції легень.

У 4 пацієнток на подальших контрольних сцинтиграмах було виявлено накопичення ^{131}I в проекції лімфовузлів шії, що супроводжується підвищенням рівня тиреоглобуліну від 48 до 127 нг/мл. Серед хворих, що отримали РІТ, у 9 осіб відмічався первинно-множинний рак. Серед них 4 чоловіки, 5 жінок.

Померли 3 чоловіки, яким понад 45 років, у всіх виявлено первинно-множинний рак: рак нирки, рак слинної залози, меланома шкіри стегна. Всі хворі померли від генералізації вищеперелічених захворювань.

Таким чином, упродовж 5-річного диспансерного спостереження за хворими у 4 виявлено рецидив захворювання, зафіксовано 3 летальні випадки. П'ятирічна безрецидивна виживаність склала 87,6%, п'ятирічна виживаність склала 96%.

Проведення комбінованого лікування (тиреоїдектомія + радіоїодотерапія) у пацієнтів з диференційованим РЩЗ зменшує вірогідність розвитку рецидиву захворювання, повторних оперативних втручань, дає можливість підвищити тривалість і якість життя онкохворих.

Проведення сцинтиграм з ^{131}I у післяопераційному періоді дозволяє виявити хворих з потенційно високим ризиком рецидиву пухлини і метастатичних змін у регіонарних лімфовузлах і легенях (у 48% хворих), що дозволяє вчасно розпочати ефективні лікувальні курси радіоїодотерапії.

Радіоїодоабляція на ранніх етапах, до рентгенологічного прояву, сприяє успішному лікуванню віддалених метастазів у легенях.

Проведений курс радіоїодоабляції, при подальшому диспансерному спостереженні, дозволяє вважати визначений рівень тиреоглобуліну онкомаркером.

Література

1. Пачес А.И. Рак щитовидной железы. (Опухоли головы и шеи.). — Изд. 4-е. — М.: Медицина, 2000. — С. 379–407.
2. Відомча інструкція: Про лікування радіоактивним йодом раку щитоподібної залози у дітей, підлітків та осіб молодого віку. — К., 1997.
3. Решетов И.В., Ольшанский В.О., Трофимов Е.И. и др. // Рос. онкол. журн. — 2002. — № 3.

Г.В. Зелінська

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», Київ

Тиреоїдна пероксидаза в пунктатах радіоїодорезистентних та радіоїодочутливих метастазів папілярного раку щитоподібної залози

Thyroid peroxidase in the punctuates of radioiodine-responsive and radioiodine-resistant metastases of the papillary thyroid cancer

Summary. The immunocytochemical detection of the thyroid peroxidase in the punctuates of two groups metastases (radioiodine-responsive and radioiodine-resistant) was performed. The reliable difference of the thyroperoxidase-positive thyrocytes percentage between two groups was established. We could recommend using the immunocytochemical detection of the thyroperoxidase-positive thyrocytes in the punctates of thyroid papillary metastases found in post-operation period. This approach allows predict response of metastases on radioiodine therapy to choose proper therapeutic approach.

Key words: papillary thyroid carcinoma, cytological diagnosis, fine-needle aspiration punctational biopsy, radioiodine resistant metastasis, radioiodine-responsive metastasis, thyroid peroxidase.

Резюме. Виявлено статистически достоверное различие в процентном содержании тиреоцитов с экспрессией тиреоидной пероксидазы между радиоїодорезистентными и на-