

Диагностика и лечение рака щитовидной железы: новые горизонты в мировой и отечественной практике

На долю рака щитовидной железы (РЩЖ) в структуре всех злокачественных опухолей в мире приходится около 1%. Однако в Украине эта проблема имеет особое значение в связи с повышенной заболеваемостью радиоиндуцированным РЩЖ. О современных тенденциях в диагностике и лечении РЩЖ, а также о достижениях украинской науки последних лет относительно снижения заболеваемости и смертности от этой патологии нашему корреспонденту рассказали ведущие специалисты Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМН Украины.



В первую очередь мы адресовали наши вопросы директору учреждения, члену-корреспонденту НАН и АМН Украины, доктору медицинских наук, профессору Николаю Дмитриевичу Тронько.

— Каково состояние проблемы РЩЖ в Украине?

— В Украине это одна из самых актуальных проблем, связанных с последствиями аварии на Чернобыльской АЭС. Эта патология вызвала большой интерес исследователей во многих странах мира, и на протяжении последних лет мы плодотворно сотрудничаем с ведущими научными европейскими и американскими центрами в области оптимизации диагностики и лечения радиоиндуцированного РЩЖ.

Сотрудники нашего института провели огромную аналитическую работу по изучению распространенности радиоиндуцированного РЩЖ в разных регионах Украины, а также в различных возрастных группах у лиц, подвергшихся радиоактивному воздействию. Эти данные свидетельствуют о значительных отличиях в уровне заболеваемости РЩЖ между регионами Украины в зависимости от степени последствий чернобыльской катастрофы.

Кроме того, существует большая разница в частоте случаев развития РЩЖ в различных возрастных когортах населения. Установлено, что наиболее высокий риск развития РЩЖ имеют лица, которые были детьми и подростками в возрасте от 0 до 18 лет на момент чернобыльской аварии. Среди них самый высокий уровень заболеваемости РЩЖ констатируется в возрастной группе от 0 до 4 лет. При этом отмечается дозозависимый эффект: самая высокая частота развития РЩЖ наблюдается среди лиц, доза радиоактивного облучения которых составила ≥ 1 Гр.

— Как изменился уровень заболеваемости РЩЖ среди лиц, которые на момент аварии были детьми и подростками?

— До чернобыльской катастрофы заболеваемость РЩЖ среди детей составляла порядка 0,5-0,6 случая на 100 тыс. детского населения. Начиная с 1990 г. этот показатель постепенно увеличивался и в 2006 г. составил 2,3 на 100 тыс. населения, а в наиболее пострадавших регионах (Киевской, Черниговской, Житомирской, Черкасской и Ривненской областях) — до 7,5 на 100 тыс. населения.

Следует отметить, что сегодня наблюдается некоторая стабилизация уровня заболеваемости РЩЖ в наиболее неблагоприятных областях, и, вероятно, в дальнейшем будет наблюдаться тенденция к его снижению.

— Какая работа проводится специалистами института среди пациентов высокого риска развития РЩЖ?

— В 1992 г. нами был создан клинико-морфологический регистр случаев РЩЖ у прооперированных пациентов из группы высокого риска. Данные нашего института свидетельствуют о том, что у пациентов с радиоиндуцированным папиллярным РЩЖ чаще всего встречается наиболее агрессивный его вид — солидно-фолликулярный. Кроме того, у детей с радиоиндуцированным РЩЖ в 65% случаев наблюдается метастазирование опухоли в регионарные лимфоузлы.

Мы ведем систематическое наблюдение за пациентами, которые в 1986 г. были детьми и подростками, особое внимание уделяя женщинам, а также их детям, которые родились уже после чернобыльской катастрофы. На сегодня 257 наших пациенток родили здоровых детей.

— Расскажите о влиянии полученных данных на тактику ведения пациентов с радиоиндуцированным РЩЖ.

— На современном этапе одним из дискуссионных вопросов, касающихся РЩЖ, является выбор метода оперативного лечения. Многие специалисты сегодня высказываются в пользу органосохраняющих операций при неагрессивных формах РЩЖ. Мы считаем целесообразным применять тотальную тиреоидэктомию у всех пациентов

с радиоиндуцированным РЩЖ. Кроме того, у этой категории больных после оперативного вмешательства в обязательном порядке проводится лечение изотопами радиоактивного йода. Стоит отметить, что применяемый нами протокол лечения радиоиндуцированного РЩЖ соответствует международным стандартам.

— Какие, на Ваш взгляд, наиболее важные изменения характеризуют подходы в лечении пациентов с РЩЖ в мире?

— За последние годы произошло значительное усовершенствование техники выполнения операций, что позволило снизить количество послеоперационных осложнений.

В последнее время пересмотрена в целом тактика оперативного вмешательства при РЩЖ, и при агрессивных формах заболевания предпочтение отдается полному удалению щитовидной железы.

Кроме того, важным достижением является разработка и внедрение в клиническую практику рекомбинантного тиреотропного гормона (ТТГ) — Тирогена. Применение этого препарата дает возможность оптимизировать подготовительный период перед проведением послеоперационной абляции остаточной ткани щитовидной железы с применением радиоактивного йода (^{131}I). Основным условием проведения радиойодтерапии является прекращение за месяц до ее начала заместительной гормонотерапии с целью повышения уровня ТТГ в крови до 30 мЕД/л. Таким образом, пациенты в течение месяца пребывают в состоянии гипотиреоза, что в значительной мере сказывается на их общем состоянии и качестве жизни. Применение Тирогена перед началом радиойодтерапии позволяет не отменять прием тиреоидных гормонов и предоставляет возможность пациентам вести обычный образ жизни, сохраняя работоспособность.



Заведующий отделом функциональной диагностики Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМН Украины, кандидат медицинских наук Валентин Васильевич Марков рассказал о работе радиологического отделения учреждения.

— В сентябре 2007 г. на базе нашего института был открыт клинический корпус лучевой терапии, и сегодня институт является единственным лечебным учреждением в Украине, в котором пациенты проходят полный цикл диагностики и лечения РЩЖ.

Среди методов диагностики используются УЗИ щитовидной железы, компьютерная томография, сцинтиграфия, пункционная биопсия, цитологическое и иммуногистохимическое исследования пунктатов ткани железы, а также интраоперационная диагностика. После проведения хирургического вмешательства через 4-5 нед проводится курс радиойодтерапии (5-6 дней) с использованием терапевтических доз ^{131}I .

Метод радиойодтерапии основан на способности клеток папиллярной карциномы накапливать радиоактивный йод и вырабатывать тиреоглобулин. Важным условием для проведения терапии радиоактивным йодом является предварительное полное удаление щитовидной железы (тиреоидэктомия). Накапливающийся в опухолевых клетках и остаточной ткани железы радиоактивный йод уничтожает их, а затем выводится из организма. Через несколько дней проводится обследование пациента с помощью метода сцинтиграфии, который позволяет определить места скопления изотопов, количество остаточной ткани железы и распространенность процесса. В дальнейшем пациенту назначается гормональная терапия в супрессивных дозах. Радиойодтерапия проводится всем больным с радиоиндуцированным РЩЖ.

О результатах лечения пациентов с радиоиндуцированным РЩЖ мы поинтересовались у заведующего отделением лучевой терапии открытыми изотопами Сергея Васильевича Гулеватого.



— Сегодня в отделении лучевой терапии открытыми изотопами на учете состоят 2654 пациента, которые на момент чернобыльской катастрофы были детьми и подростками в возрасте от 0 до 18 лет. В настоящее время у 2128 пациентов достигнуто состояние полной ремиссии, которое констатируется в случае отсутствия накоплений радиоактивного йода (на основании результатов сцинтиграфии), антител к тиреоглобулину и поражения лимфоузлов (на основании данных УЗИ).

528 пациентов продолжают лечение и проходят дополнительные курсы радиойодтерапии. Повторные курсы лечения открытыми изотопами проводятся с интервалом в 6 мес в первые 2 года лечения. Затем в случае наличия метастазов в легких или лимфоузлах средостения пациенты принимают радиойодтерапию с интервалом через один год. Среди наших пациентов метастазы были выявлены в 214 случаях, при этом в 168 случаях удалось достичь полной ремиссии заболевания.

Таким образом, эффективность метода радиойодтерапии очень высока, и применение этого метода способствует повышению выживаемости пациентов с РЩЖ.



О современных принципах диагностики РЩЖ в мировой практике рассказала заведующая лабораторией морфологии эндокринной системы, доктор биологических наук, профессор Татьяна Ивановна Богданова.

— Современный подход в диагностике РЩЖ предполагает не только установление характера процесса в узле (его доброкачественность или злокачественность), но и определение морфологической формы РЩЖ и его вариантов при помощи иммуноцитохимических и молекулярно-генетических методов.

Новым перспективным направлением в современной медицине является клиническая онкогенетика. В последние годы определена роль молекулярно-генетических перестроек в развитии определенных морфологических форм РЩЖ. В частности, установлено, что для папиллярной карциномы характерна транслокация участков RET-протоонкогена. Выявление герминальной мутации гена RET в лимфоцитах периферической крови — это наиболее точный сегодня критерий диагностики наследственных форм медуллярного РЩЖ.

Перспективным является метод флюоресцентной гибридизации in situ (FISH), с помощью которого можно выявить хромосомные перестройки, неразличимые при световой микроскопии.

В нашей лаборатории в качестве рутинного метода диагностики РЩЖ используется тонкоигольная аспирационная биопсия, широко применяется также интраоперационная диагностика. Наряду с цитологическими исследованиями используются методы иммуногистохимического анализа с целью дифференциальной диагностики РЩЖ.

К сожалению, несмотря на высокую квалификацию наших специалистов, прошедших стажировку в американских и европейских клинических центрах, самостоятельное проведение молекулярно-биологических исследований в нашей лаборатории по-прежнему затруднено в связи с недостаточным материально-техническим обеспечением. Вследствие этого мы проводим такие исследования совместно с зарубежными центрами.

Одним из важных условий снижения смертности при РЩЖ является грамотная дифференциальная диагностика, позволяющая определить правильную тактику лечения пациента. Таким образом, использование передовых методов диагностики РЩЖ — одна из первоочередных задач, которую необходимо решать в Украине.

В ходе работы над совместными проектами с ведущими научно-исследовательскими центрами мира нам удалось многое сделать: в нашем институте создан банк тканей щитовидной железы, что позволит мониторить изменения, происходящие в ткани щитовидной железы у пациентов с тиреоидной патологией. Однако для продолжения работы на высоком уровне мировых стандартов в области диагностики РЩЖ нам необходима более ощутимая поддержка государства.

Подготовила Наталья Очеретяная

Nic terminus haeret

Достижения и перспективы украинской онкоурологии

Онкоурологическая патология доминирует в структуре онкологических заболеваний мужского населения планеты. Так, рак предстательной железы встречается чаще, чем рак легких, толстого кишечника, мочевого пузыря, почки. Не удивительно, что научным разработкам в данной области придается особое значение.



МЗ Украины, доктором медицинских наук, профессором Эдуардом Александровичем Стаховским.

Несмотря на лидирующие позиции онкоурологической патологии в структуре общей онкологической заболеваемости мужчин, соответствующее отделение в Национальном институте рака было открыто лишь в 2008 г. Основу штата составили сотрудники отделения пластической и восстановительной урологии Института урологии АМН Украины, где уже сформировалась мощная школа, в истории которой много значимых событий и достижений. Так, 16 мая 1972 г. здесь впервые была выполнена операция по пересадке почки от живого донора, положившая начало трансплантации этого органа в Украине. Дальнейшие успехи хирургов клиники привели к созданию в 1973 г. Киевского центра трансплантации почки.

Вместе с тем при лечении опухолей мочеполовой системы на базе Института урологии АМН Украины возникало немало трудностей, связанных с недостаточным оборудованием отделений. По словам профессора Стаховского, заниматься проблемами онкопатологии на базе общей больницы, где отсутствуют смежные специалисты, не предусмотрены возможности для полноценной диагностики и комплексного лечения, в частности проведения лучевой или химиотерапии, было непростой задачей. В связи с этими особенностями основной акцент в лечении был сделан на хирургические методики, постоянно совершенствовавшиеся. В результате на момент открытия отделения в Национальном институте рака специалистами клиники был накоплен огромный опыт оперативных вмешательств в лечении опухолей различной локализации, разработаны новые виды операций, получившие международное признание. Все сотрудники отделения — профессионалы высокого уровня, которые прошли стажировку в ведущих зарубежных клиниках и постоянно обмениваются опытом с коллегами из разных стран.

Сегодня отделение пластической и реконструктивной онкоурологии Национального института рака является одним из немногих центров в нашей стране, в которых выполняются радикальные вмешательства при опухолях мочеполовой системы. Об этом и многом другом нам рассказал профессор Э.А. Стаховский.

— Эдуард Александрович, какие операции проводятся в отделении?

— Главная задача, которая стоит перед коллективом, — найти путь к излечению каждого больного. Хирургическое вмешательство в комплексном лечении

имеет ведущее значение. Соблюдение всех требований, предъявляемых к оперативным вмешательствам, их усовершенствование и применение в комплексе с другими методами лечения открывает хорошие перспективы в достижении успеха. Одним из основных принципов хирургического лечения, проводимых специалистами нашего отделения, является радикальное удаление опухоли при как можно меньшей травматизации. Попытки свести к минимуму негативные последствия операции для пациента стимулируют постоянный научный поиск. В результате нами разработаны и внедрены в практику многие виды хирургических вмешательств, позволяющие поднять оказание хирургической помощи больным на качественно новый уровень. В частности, оригинальные хирургические вмешательства проводятся при онкопатологии мочевого пузыря, требующей полного его удаления. Во время операции мы удаляем пораженный орган и формируем новый мочевой пузырь из части тонкого или толстого кишечника пациента, «пересаживаем» в новый пузырь мочеточники и присоединяем его к мочепускающему каналу.

Выполнение таких операций требует от онкоуролога владения знаниями и хирургическими навыками ряда смежных специалистов — сосудистого хирурга, абдоминального хирурга, проктолога, гинеколога и др. Такие операции позволяют не только устранить патологию, но и сохранить эффективное функционирование организма человека, что обеспечивает высокое качество жизни пациента после операции и его трудоспособность.

Значение такого оперативного вмешательства для больного легко проиллюстрировать на примере более ранних методик: до внедрения этой операции при полном удалении мочевого пузыря мочеточники выводились непосредственно на кожу, что приводило к инвалидизации таких пациентов, их социальной дезадаптации и, в конечном итоге, гибели от нарушения функции почек. В то же время, создание искусственного мочевого пузыря позволяет больным проводить контролируемое мочеиспускание и предусматривает профилактику пиелонефрита, хронической почечной недостаточности и других осложнений. Впервые на территории бывшего Советского Союза подобная операция была проведена именно в нашей клинике еще в 1993 г.; она потребовала от нас тщательной подготовки и длилась 12 ч. Сегодня продолжительность этого оперативного вмешательства колеблется от 4 до 6 часов. К настоящему времени мы овладели различными методиками создания таких резервуаров, позволяющими реализовать индивидуальный подход к каждому пациенту.

К малотравматичным операциям, которые проводятся в нашем отделении, относятся лапароскопические и эндоскопические операции. Эти новые направления благодаря своей малой травматичности, высокой эффективности и экономичности в настоящее время бурно развиваются в мировой медицине. Мы используем лапароскопическое удаление

почки, предстательной железы, кисты почки и др. Широко применяем эндоскопические методы лечения — трансуретральную резекцию предстательной железы, поверхностных опухолей мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Эти методики позволяют значительно снизить показатели послеоперационного койко-дня (до 2-4), снижая затраты на лечение больных и обеспечивая быструю реабилитацию.

Усовершенствование хирургических методик имеет большое медико-социальное значение.

Известно, что ряд хирургических вмешательств, например гинекологических, урологических, проктологических и др., часто сопровождаются повреждением мочевого пузыря или мочеточника на большом протяжении. В ряде случаев к этому приводит лучевая терапия органов малого таза. Это крайне тяжелые осложнения, в лечении которых наметилась определенная безысходность. Чаще всего в этих случаях больным удаляют почку, так как замещение мочеточника сегментом тонкой кишки — достаточно сложная пластическая операция. В настоящее время полное или частичное замещение мочеточника выполняется только в нашей клинике.

Удаление почки технически более простая операция, чем ее сохранение. Во многих случаях удаление почки свидетельствует о низком уровне оказания медицинской помощи, плохой диагностике и технической выполнении операции, так как нередко причиной нефрэктомии является ятрогенная травма. Если в 1987 г. в Украине проводилось в среднем 1000 нефрэктомий, то сегодня их количество увеличилось примерно в 5 раз. Поэтому сегодня вопрос снижения инвалидизации населения Украины может быть рассмотрен с точки зрения повышения качества лечения онкоурологических и урологических больных. Широкое внедрение пластических, реконструктивных и органосохраняющих операций позволит значительно снизить количество нефрэктомий.

Особо значимы операции в тех случаях, когда опухолевый процесс затрагивает обе почки либо единственную почку после ранее перенесенной нефрэктомии. При этом у большинства пациентов мы планируем органосохраняющее хирургическое вмешательство. Показанием к подобной операции служит I стадия заболевания, когда размеры опухоли не превышают 3-4 см. И хотя при таком вмешательстве все равно проводится резекция части почки, орган остается функционирующим.

Внедряя результаты собственного опыта и мировых достижений, мы являемся активными пропагандистами органосохраняющих операций при начальных стадиях опухолей почки, двусторонних заболеваниях почек или обширных поражениях мочеточника.

К настоящему времени большой опыт накоплен и в области реконструктивной урологии. В прежние годы больные с онкогинекологическими заболеваниями или опухолями брюшной полости с вовлечением в опухолевый процесс мочевыводящих путей рассматривались как неоперабельные. В настоящее время с целью излечения повышается радикальность оперативных вмешательств при онкогинекологических, онкоурологических

и проктологических операциях. Это предусматривает резекцию или полное удаление отделов мочевыводящих путей, вовлеченных в патологический процесс, и их реконструкцию. В этой области также разработаны новые методики операций, сделаны значимые открытия. Мы стараемся следовать мировым стандартам в работе, быть в курсе последних открытий и достижений.

— Каким образом происходит обмен опытом с украинскими специалистами из регионов? Существует ли возможность обучения на базе отделения онкоурологии?

— Безусловно, вопросу обучения придается большое значение, поскольку силами одного отделения невозможно кардинально изменить ситуацию в стране. Необходимо быстро и качественно обучить молодых специалистов, донести до них самые современные знания и ознакомиться с принципами радикальности и органосохраняющего лечения. В чем-то приходится изменять исторически сложившийся подход к проблеме.

Если ранее основное внимание в хирургии онкологических заболеваний было направлено на эффективное иссечение опухоли, то сегодня с внедрением новых подходов к химиотерапии, брахитерапии и др. не меньшее значение приобретают принципы органосохраняющего лечения и обеспечения высокого качества жизни пациента после операции.

Все большую значимость приобретает утверждение, что излечение пациента от рака составляет лишь часть задачи — пациент должен иметь возможность полноценно жить после операции.

Для эффективного обучения отечественных врачей необходимо объединение усилий. В связи с этим мы выступили инициаторами создания Украинского общества онкоурологов, которое в настоящее время успешно функционирует. Одним из первых результатов его работы стало проведение конференции для украинских специалистов, в ходе которой рассматривались вопросы эпидемиологии, скрининга, ранней диагностики, адекватного лечения и профилактики возникновения рака мочевого пузыря. Выделение онкопатологии этой локализации в качестве отдельной темы для обсуждения имеет под собой веские основания. Несмотря на относительно небольшую распространенность опухолей этого типа, для них характерна большая частота рецидивирования; в результате лечение данной патологии является одним из наиболее затратных; большое значение приобретает правильное определение стадии процесса и адекватная лечебная тактика.

В перспективе под эгидой Украинского общества урологов планируется регулярное проведение конференций с привлечением зарубежных специалистов. Так, на 15-16 октября в г. Киеве уже запланирована международная конференция по онкоурологии, для участия в которой приглашены ведущие мировые специалисты. Таким образом мы постараемся постепенно повысить уровень оказания помощи больным во всех регионах нашей страны.

— Какие научные исследования проводятся на базе отделения в настоящее время?

— В настоящее время научные исследования посвящены преимущественно