

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ *Минский городской клинический онкологический диспансер,*

² *Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск*

Папиллярная аденокарцинома щитовидной железы — одна из часто встречающихся опухолей, при которой «стандартное» лечение характеризуется многообразием подходов, нередко основанных на практическом опыте конкретного лечебного учреждения. Рандомизированные и многоцентровые исследования по данному вопросу никогда не предпринимались.

Цель исследования заключается в оценке показателей причинно-специфической и безрецидивной выживаемости в зависимости от особенностей распространения новообразования, возраста и пола пациента, а также от объёма хирургического лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 3274 последовательных случая морфологически верифицированного папиллярного рака щитовидной железы (3238 — гистологически и 36 — цитологически) за период с 1990 по 2005 гг. Все пациенты на момент постановки диагноза проживали в г. Минске или Минской области. Медиана наблюдения составила 122,43 месяца (10,2 года). 98,9 % пациентам проведено хирургическое лечение. С 1998 г., после того как были унифицированы подходы к лечению, основной операцией на щитовидной железе определена тотальная тиреоидэктомия. От таких объёмов хирургических вмешательств как субтотальная тиреоидэктомия и резекция щитовидной железы при раке практически полностью отказались. Также изменились подходы к выбору объёма лимфаденэктомии. 2-сторонняя латеральная лимфодиссекция заняла лидирующую позицию. Их количество возросло с 3,69 % до 57,3 % за указанные периоды времени. 20,1 % пациентов получили лечение радиоактивным йодом, из них 85,95 % — с целью абляции остатков тиреоидной

ткани и 14,05 % — для лечения отдалённых метастазов. 14,9 % пациентов были оперированы повторно, из них 63,28 % — по поводу локорегионарного рецидива, 25,73 % — в связи с нерадикальным объёмом первой операции согласно протоколам лечения рака щитовидной железы, 10,17 % — из-за подозрения к прогрессированию, 0,41 % — в связи с выявлением отдалённых метастазов и неполным удалением щитовидной железы при первой операции. У 0,41 % пациентов показанием к операции явился многоузловой зоб. Для оценки выживаемости использовался моментный метод Kaplan-Meier. Для оценки вероятности наступления летального исхода и прогрессирования от основного заболевания использована логистическая регрессия.

Результаты и обсуждение. Наблюдаемая 5-, 10- и 15-летняя выживаемость составила 96,1 %, 92,0 %, 86,5 % соответственно. У 19 % причиной смерти явился рак щитовидной железы, у 24 % — первично-множественные опухоли, у большей же части пациентов — неонкологические заболевания. В группе оперированных пациентов причинно-специфическая 5-, 10- и 15-летняя выживаемость составила 99,0 %, 98,7 %, 97,9 %. При моновариантном анализе факторами неблагоприятного прогноза оказались: мужской пол ($p < 0,001$), возраст старше 60 лет ($p < 0,001$), размер опухоли более 4 см в диаметре ($p < 0,001$), наличие регионарных и отдаленных метастазов ($p = 0,001$; $p < 0,001$), массивное экстратиреоидное распространение опухоли ($p < 0,001$) и наличие исходной клинической симптоматики ($p < 0,001$). Положительное влияние на исход оказывал фондовый аутоиммунный тиреоидит ($p = 0,005$). Данные, полученные при моновариантном анализе, свидетельствуют о том, что объём операции на щитовидной железе не оказывает значимого влияния на причинно-специфическую выживаемость.

Возврат болезни диагностирован у 236 (8,2 %) радикально оперированных пациентов. Среднее время до прогрессирования составило $44,49 \pm 3,44$ месяцев (min — 0,79 мес., max — 230,6 мес.). У 66,95 % возник локорегионарный рецидив (20,89 % — только локальный, 60,76 % — только регионарный, 18,35 % — их сочетание), у 19,49 % выявлены отдалённые метастазы, у 13,56 % имел место локорегионарный рецидив в сочетании с отдалёнными метастазами. Безрецидивная 5-, 10- и 15-летняя выживаемость составила 93,8 %, 92,1 %, 89,8 % соответственно. Вероятность развития рецидива увеличивалась при размере новообразования > 2 см ($p < 0,001$), наличии экстратиреоидного распространения опухоли ($p < 0,001$), а также метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов ($p < 0,001$). Мультицентрический рост не оказывал влияния на риск развития рецидива ($p = 0,156$). Наилучшие показатели безрецидивной выживаемости получены в группе пациентов, которым выполнялась тотальная тиреоидэктомия. Данный вариант операции имеет статистически

значимые преимущества как перед субтотальной резекцией, так и перед гемитиреоидэктомией ($p < 0,001$).

По данным мультивариантного анализа, выполнение тотальной тиреоидэктомии и двусторонней шейной лимфодиссекции обеспечивает более высокие отдаленные результаты с предсказательной ценностью 97,7 %. Метастатическое поражение лимфатических узлов и выполнение органосохраняющих операций негативно влияют на течение болезни, в то время как применение шейной лимфодиссекции и дополнение терапии радиоактивным йодом снижают вероятность прогрессирования с предсказательной ценностью 89,7 %.

Выводы. Продолжительность жизни больных папиллярной аденокарциномой щитовидной железы определяется комплексом причин и в значительной мере зависит от качества хирургического лечения.