

## Оригинальные работы

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ**

*Черников Р.А.<sup>1</sup>, Валдина Е.А.<sup>1</sup>, Воробьев С.Л.<sup>1</sup>, Слепцов И.В.<sup>1,3</sup>, Семенов А.А.<sup>1,3</sup>, Чинчук И.К.<sup>1</sup>, Макарьин В.А.<sup>1</sup>, Куляш А.Г.<sup>1</sup>, Успенская А.А.<sup>1</sup>, Тимофеева Н.И.<sup>1</sup>, Новокшионов К.Ю.<sup>1</sup>, Карелина Ю.В.<sup>1,3</sup>, Федоров Е.А.<sup>1</sup>, Ишейская М.С.<sup>1</sup>, Федотов Ю.Н.<sup>1,2</sup>, Бубнов А.Н.<sup>1,2,3</sup>*

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский клинический комплекс ФГБУ “Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова”

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО “Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова” Министерства здравоохранения РФ

<sup>3</sup> ФГБОУ ВПО “Санкт-Петербургский государственный университет”, медицинский факультет

Черников Р.А. – канд. мед. наук, зав. отделением эндокринной хирургии СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Валдина Е.А. – доктор мед. наук, профессор, хирург-эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Воробьев С.Л. – канд. мед. наук, зав. лабораторией морфологических исследований СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Слепцов И.В. – доктор мед. наук, хирург-эндокринолог, заместитель директора по медицинской части СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Семенов А.А. – канд. мед. наук, хирург-эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Чинчук И.К. – канд. мед. наук, хирург-эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Макарьин В.А. – канд. мед. наук, хирург-эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Куляш А.Г. – врач-морфолог, лаборатория морфологических исследований СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Успенская А.А. – хирург-эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Тимофеева Н.И. – хирург-эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Новокшионов К.Ю. – хирург-эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Карелина Ю.В. – хирург-эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Федоров Е.А. – хирург-эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Ишейская М.С. – эндокринолог СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова; Федотов Ю.Н. – доктор мед. наук, директор СПКК НМХЦ им. Н.И. Пирогова, профессор кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГБОУ ВПО “Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова” МЗ РФ; Бубнов А.Н. – доктор мед. наук, профессор кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГБОУ ВПО “Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова” МЗ РФ.

Дифференцированные карциномы щитовидной железы в плане прогноза по-разному оцениваются в европейских, японских и американских тиреоидных рекомендациях, что отражается в различных подходах к их лечению.

**Материал и методы.** Мы проанализировали данные 331 пациента с папиллярными карциномами щитовидной железы, прооперированных в период с 1966 по 2000 г. Средний срок наблюдения за больными составил 18,8 лет, наибольший срок наблюдения – 57 лет.

**Результаты.** Анализ выживаемости пациентов после операции подтвердил благоприятное течение заболевания с учетом того, что в те годы отсутствовали сонография и тонкоигольная биопсия и пациенты оперировались в основном на более поздних стадиях опухолевого процесса. Наиболее значимыми в плане прогноза являются размер опухоли на момент оперативного вмешательства, наличие отдаленных метастазов. Отдаленные результаты оперативного лечения практически не зависят от его характера (полное или частичное удаление органа, выполнение или невыполнение профилактической лимфодиссекции). Смертность и количество рецидивов у пациентов, не прошедших лечение радиоактивным йодом, существенно не отличаются от данных литературы.

**Ключевые слова:** папиллярная карцинома щитовидной железы, хирургическое лечение, отдаленные результаты лечения.

## Long-term Results of Papillary Thyroid Cancer Treatment and Comparative Analysis of Various Treatment Strategies

Chernikov R.A.<sup>1</sup>, Valdina E.A.<sup>1</sup>, Vorobjev S.L.<sup>1</sup>, Sleptsov I.V.<sup>1,3</sup>, Semenov A.A.<sup>1,3</sup>,  
Chinchuk I.K.<sup>1</sup>, Makarin V.A.<sup>1</sup>, Kuliash A.G.<sup>1</sup>, Uspenskaya A.A.<sup>1</sup>,  
Timofeeva N.I.<sup>1</sup>, Novokshonov K.Yu.<sup>1</sup>, Karelina Iu.V.<sup>1,3</sup>, Fedorov E.A.<sup>1</sup>,  
Isheiskaia M.S.<sup>1</sup>, Fedotov Y.N.<sup>1,2</sup>, Bubnov A.N.<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Saint Petersburg Branch, Pirogov National Medical & Surgical Center; Saint Petersburg, Russia

<sup>2</sup> Northern-western state Mechnikov medical university

<sup>3</sup> Saint-Petersburg state university, medical faculty

There are discriminating approaches towards differentiated thyroid carcinomas due to their different prognoses according to the European, American and Japanese thyroid recommendations.

**Materials and Methods.** We have analyzed data on 331 patients with papillary thyroid cancer, operated on during the period of 1966–2000 years. Mean observation period was 18.8 years, the maximum period of observation was 57 years.

**Results.** Survival rate analysis after surgical treatment showed favourable prognosis for thyroid cancer patients, adjusted for that there was no ultrasonography and FNAB during those years, and patients had generally more progressive tumours. One of the most important factors for the prognosis of a patient is the size of a tumour at the moment of operation and presence of distant metastases. Long-term results of surgical treatment are practically independent of its extent (thyroidectomy or thyroid resection, prophylactic lymphodissection). Mortality and recurrence rates in patients who were not submitted to radioactive iodine treatment do not differ considerably from literature data.

**Key words:** papillary thyroid cancer, surgical treatment, long-term results.

### Введение

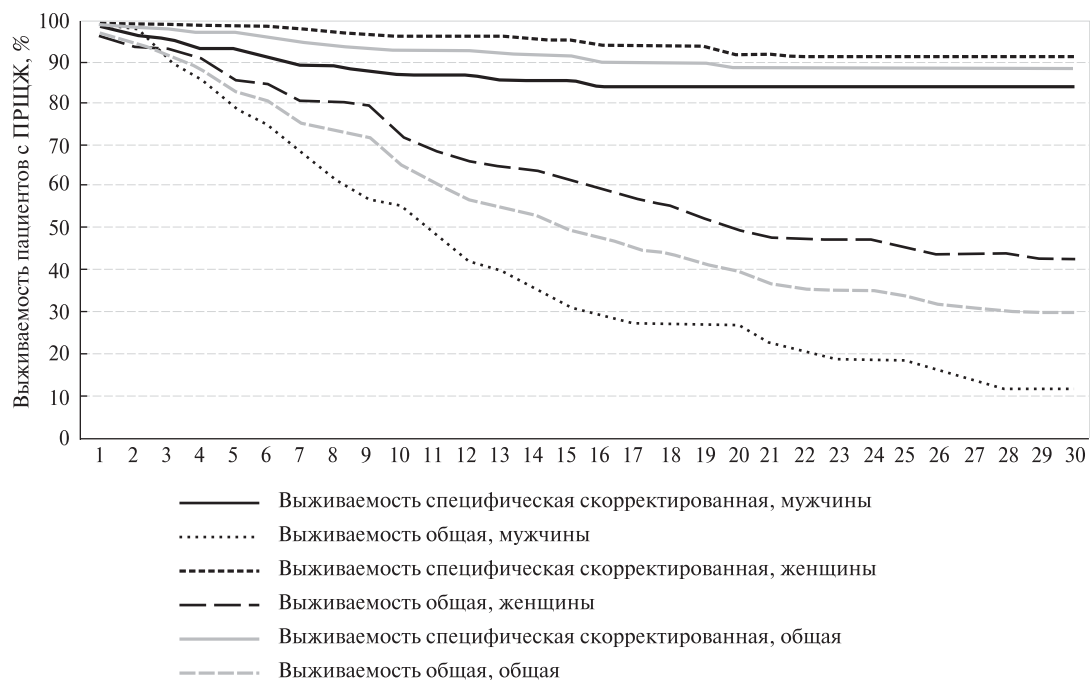
Папиллярная карцинома щитовидной железы (ЩЖ) относится к категории неагрессивных опухолевых заболеваний, при которых анализ отдаленных результатов весьма полезен для суждений о правильности тактики, выбранной для его лечения. Существует ряд противоречий в лечебной тактике при дифференцированном раке, предлагаемой Американской и Европейскими тиреологическими ассоциациями [1, 2, 3, 4], в сравнении с аналогичными японскими рекомендациями [5].

Различия заложены в подходе к оценке характера заболевания. Американская ассоциация [2] объединяет тактику при папиллярном (ПРЩЖ) и фолликулярном раках (ФРЩЖ) в рамках единой патологии – дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ), что отражено в названии рекомендаций, в то время как японские специалисты проводят разграничение между этими гистологическими типами дифференцированного рака и используют при них различную стратегию лечения. Основные различия заключаются в следующем: на Западе при ПРЩЖ используется тактика, предусматривающая тиреоидэктомию с последующей радиоiodотерапией (по показаниям) и супрессивной терапией тиреоидными гормонами. В Японии, напротив, чаще выполняются органосохраняющие операции, такие как лобэктомию с резекцией перешейка или субтотальная резекция щитовидной железы, при этом, в отличие от Запада,

широко применяется лимфодиссекция, причем не только центральная, но и боковая. В последние годы намечилось некоторое сближение между этими позициями: так, Американская и Британская тиреологические ассоциации признали допустимость органосохраняющих операций для пациентов из группы “низкого риска” – при размерах опухоли меньше 1,0 см и возможность исключения проведения радиоiodтерапии таким больным. В свою очередь Японской ассоциацией принимается, что у больных с опухолью больше 4,0 см операцией выбора является тиреоидэктомия. В Российской Федерации в настоящее время большинство клиник придерживаются “западной” позиции, хотя в недавнем прошлом во многих учреждениях, в том числе онкологического профиля, чаще выполнялись менее радикальные оперативные вмешательства. Нам показалось небезынтересным провести сравнительную оценку результатов лечения больных с раком ЩЖ, оперированных с использованием методик, на данный момент воспринимаемых как “щадящие”.

### Материал и методы

Исследование основано на изучении катамнеза 331 ПРЩЖ, которые были оперированы в период с 1966 по 2000 г. в НИИ онкологии и МСЧ № 70, одним из авторов этой статьи. Средний срок наблюдения за больными составил 18,8 лет, максимальный



Характер скорректированной 5-, 10- и 15-летней выживаемости пациентов.

срок наблюдения – 57 лет. Оставшимся в живых пациентам было выполнено клиническое обследование, лабораторное и инструментальное исследование в клинике эндокринной хирургии СПКК ФГБУ “НМХЦ им. Н.И. Пирогова” МЗ РФ. Архивные гистологические препараты операционного материала были пересмотрены и оценены в соответствии с современной классификацией в лаборатории морфологических исследований Центра.

Следует отметить, что состав больных, лечившихся 30–40 лет назад, заметно отличался от пациентов, которые сегодня поступают в специализированную клинику, прежде всего стадией заболевания. В те годы практически не было больных с начальными стадиями опухоли, пациенты поступали с выраженными клиническими признаками опухоли ЩЖ, зачастую с множественными регионарными метастазами.

Статистическую обработку данных производили в программных пакетах Excel 2013 и OpenEpi 3.1.

### Результаты и обсуждение

Из 331 больного, судьбу которых удалось проследить, безрецидивное течение отмечено у 210 (63,4%) пациентов, рецидив заболевания выявлен у 121 пациента (36,6%). У 86 (26%) больных рецидив не повлиял на продолжительность жизни, летальный исход у 35 (10,6%) пациентов был связан с прогрессированием заболевания, что, в общем, свидетельствует об относительно благоприятном течении заболевания, и это несмотря на то, что у большинства больных опе-

ративное вмешательство выполнялось на поздних его стадиях. В исследуемую группу включены 92 мужчины и 239 женщин. Выживаемость пациентов в течение 30 лет после оперативного вмешательства по поводу ПРЩЖ, умерших от прогрессирования заболевания, представлена в табл. 1 и на рисунке.

Характер кривых показывает, что количество выживших больных постепенно и относительно равномерно уменьшается по мере увеличения срока, прошедшего после оперативного вмешательства. Так, через пять лет живы были 96,9%; через 10 – 92,6%, через 15 лет отмечено снижение количества выживших на 1,2% – 91,4% пациентов. При этом отмечены статистически достоверные различия в этих показателях и у мужчин, и у женщин, хотя у первых они существенно хуже. Так, через 5 лет количество выживших женщин составило 98,7%, мужчин – 93,4%; через 10 лет – 96,1% женщин и 86,8% мужчин соответственно, и через 15 лет скорректированная выживаемость женщин составила 95,1%, а мужчин – лишь 85,6%. В целом же результаты подтверждают относительно благоприятное течение заболевания по сравнению с наиболее часто встречающимися карциномами (легкого, кишечника, молочной железы, матки и др.), а низкая выживаемость пациентов обусловлена в первую очередь запущенностью заболевания при первичном обращении и отсутствием таких методов диагностики, как сонография и тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), которые позволяют выявлять заболевание на ранних стадиях.

Таблица 1. Скорректированная выживаемость пациентов в зависимости от пола, %

Год наблюдения	Выживаемость					
	мужчины		женщины		общая	
	специфическая скорректированная	общая	специфическая скорректированная	общая	специфическая скорректированная	общая
1	98,9	98,9	99,6	96,7	99,3	96,9
2	96,7	98,9	99,2	94,1	98,3	95,0
3	95,6	90,2	99,2	93,3	97,9	91,8
4	93,4	85,9	98,7	90,8	96,9	88,6
5	93,4	79,3	98,7	85,8	96,9	82,8
6	91,2	75,0	98,7	84,9	96,2	80,8
7	89,0	68,5	97,9	80,8	94,8	75,7
8	89,0	62,0	97,0	80,8	94,1	73,8
9	87,9	57,6	96,6	79,9	93,4	71,8
10	86,8	55,4	96,1	72,4	92,6	65,4
11	86,8	48,9	96,1	69,0	92,6	60,9
12	86,8	42,4	96,1	66,5	92,6	57,1
13	85,6	40,2	96,1	64,9	92,2	55,1
14	85,6	35,9	95,6	64,0	91,8	53,2
15	85,6	31,5	95,1	61,5	91,4	50,0
16	84,3	29,4	94,0	59,8	90,1	48,1
17	84,3	27,2	93,5	57,3	89,7	45,5
18	84,3	27,2	93,5	55,6	89,7	44,2
19	84,3	27,2	93,5	52,3	89,7	41,6
20	84,3	27,2	91,8	49,8	88,3	39,7
21	84,3	22,8	91,8	48,1	88,3	37,1
22	84,3	20,7	91,2	47,3	88,3	35,8
23	84,3	18,5	91,2	47,3	88,3	35,2
24	84,3	18,5	91,2	47,3	88,3	35,2
25	84,3	18,5	91,2	45,6	88,3	33,9
26	84,3	16,3	91,2	43,9	88,3	32,0
27	84,3	14,1	91,2	43,9	88,3	31,3
28	84,3	12,0	91,2	43,9	88,3	30,7
29	84,3	12,0	91,2	43,1	88,3	30,0
30	84,3	12,0	91,2	43,1	88,3	30,0

Зависимость течения заболевания после проведения оперативного вмешательства от некоторых клинических показателей, выявленных на момент оперативного вмешательства, представлена в табл. 2.

Наиболее значимым для послеоперационного течения ПРЩЖ и его исхода оказался размер опухоли в момент выполнения оперативного вмешательства. Средний размер опухоли у больных с безрецидивным течением был 35,5 мм, в то время как у больных с рецидивом заболевания — 43,8 мм; у больных, погибших от прогрессирования заболевания, — 53,8 мм. Выявленная закономерность убедительно подтверждает, что основным фактором, позволяющим обеспечить успешное лечение ПРЩЖ, является раннее выявление первичной опухоли, и обосновывает необходимость использования УЗИ для выявления узлов в щитовидной железе и обязательное проведение ТАБ при размере их 1 см и более, а при подозрительных сонографических признаках — и меньше.

В качестве неблагоприятного признака для прогноза течения заболевания установлено наличие отдаленных метастазов на момент оперативного вмешательства. Если в группе больных с отсутствием рецидива заболевания они были выявлены лишь у пяти из 210 больных (2,4%), то в группе пациентов, умерших от прогрессирования заболевания, они были диагностированы в 14 (40,0%) из 35 случаев. Это согласуется с данными некоторых авторов о том, что гематогенные метастазы ухудшают прогноз и являются основной причиной смерти пациентов с папиллярной карциномой щитовидной железы [6, 7, 8].

Менее очевидно значение регионарных метастазов для прогноза в отношении рецидивирования ПРЩЖ. Регионарные метастазы были диагностированы у 109 (51,9%) из 210 больных с безрецидивным течением и у 65 (53,7%) из 121 при наличии у них рецидива заболевания. Полученные данные не позволяют считать наличие метастазов в регионарных

**Таблица 2.** Зависимость течения ПРЩЖ от клинических показателей

Параметры	Нет рецидива	Рецидив	Умерли от прогрессирования заболевания
Количество пациентов	210	86	35
Размер опухоли, мм	35,5	35,9	43,8
Метастазы в лимфоузлы	109/210 (51,9%)	34/86 (39,5%)	53,8
Отдаленные метастазы	5/210 (2,3%)	4/86 (4,6%)	21/35 (60%)
Возраст в момент оперативного вмешательства, лет	44,6	41,9	14/35 (40%)
Пол, м/ж	52/158	25/61	47,8
			15/20

**Таблица 3.** Зависимость клинического течения и некоторых морфологических характеристик опухоли

Морфологический признак	Без рецидива	Рецидив	Летальный исход от прогрессирования заболевания
Мультифокальность (67 из 103)	50 из 69 (72,5%)	11 из 19 (57,9%)	6 из 15 (40%)
Многочисленные псаммомные тельца (48 из 101)	33 из 67 (49,2%)	9 из 18 (50%)	6 из 16 (37,5%)
Выраженная лимфоидная инфильтрация (23 из 101)	15 из 67 (22,4%)	6 из 18 (33,3%)	2 из 16 (12,5%)
Преобладание солидного компонента (7 из 100)	2 из 66 (3%)	1 из 18 (5,5%)	4 из 16 (25%)

лимфоузлах фактором ухудшения прогноза онкологического заболевания.

Возраст больных в момент выполнения оперативного вмешательства в группе с отсутствием рецидива опухоли составлял 44,6 лет, а при его наличии – 41,9 лет, средний возраст больных, умерших от прогрессирования заболевания, был в момент оперативного вмешательства 47,8 лет, что может являться отражением более тяжелого течения заболевания в пожилом возрасте. Анализ рецидивов папиллярной карциномы щитовидной железы позволил отметить некоторые наблюдения. Во-первых, в большинстве случаев речь идет о регионарных рецидивах (рост опухоли в регионарных лимфоузлах), что более правильно расценивать не в качестве рецидивов, а как позднее выявление регионарных метастазов, не диагностированных при первой операции. Во-вторых, местные рецидивы (первичной опухоли) при папиллярном раке очень редки, обычно это продолженный рост не полностью удаленной первичной опухоли или прогрессирование карциномы при мультифокальном типе поражения в условиях геми- или субтотальной тиреоидэктомии. В-третьих, при выявлении рецидива опухоли через очень длительный период времени (20–40 лет) опухоль, как правило, сохраняла высокую степень дифференцировки. И наконец, обращает на себя внимание редкость гематогенных метастазов.

Течение заболевания в зависимости от морфологических характеристик опухоли представлено в табл. 3.

Мультифокальный рост опухоли отмечен у 50 из 62 (72,5%) пациентов с отсутствием рецидива заболевания и у 11 из 19 (57,9%) с его наличием: у пациентов, умерших от прогрессирования заболевания, этот признак встречался в 40%, что не позволяет рассматривать этот признак как неблагоприятный. Выраженная лимфоидная инфильтрация была выявлена у 24,7% (21 из 85) выживших больных и лишь у 12,5% (2 из 16) умерших от прогрессирования ПРЩЖ. Таким образом, феномен может быть оценен как прогностически благоприятный. Такой морфологический признак, как наличие множественных псаммомных телец, в равной степени характерен для всех трех групп больных, что демонстрирует отсутствие прогностического значения и скорее свидетельствует в пользу длительности заболевания [9]. Преобладание солидного компонента в опухоли чаще встречается в случаях с неблагоприятным клиническим течением – у 4 из 16 (25,0%) умерших пациентов.

Судьба пациентов в зависимости от характера выполненного оперативного вмешательства представлена в табл. 4.

При частичном удалении щитовидной железы из 263 пациентов безрецидивное течение отмечено у 169 человек (64,2%), рецидив – у 94 (35,8%); из них 25 (9,5%) пациентов умерли от прогрессирования опухоли. После полного удаления железы у 68 пациентов рецидив заболевания был диагностирован у 27 (39,7%). При этом летальный исход в первой группе составил 25 из 263 (9,5%) человек, а во вто-

**Таблица 4.** Результаты хирургического лечения в зависимости от характера оперативного вмешательства

Оперативное вмешательство	Без рецидива	Рецидив	Летальный исход от прогрессирования заболевания	Всего
Резекция щитовидной железы	90 (61,6%)	42 (28,8%)	14 (9,6%)	146
Резекция щитовидной железы + лимфодиссекция	79 (67,5%)	27 (23,0%)	11 (9,5%)	117
Тиреоидэктомия	11 (45,8%)	10 (41,7%)	3 (12,5%)	24
Тиреоидэктомия + лимфодиссекция	30 (68,2%)	7 (15,9%)	7 (15,9%)	44
Всего	210	86	35	331

**Таблица 5.** Структура причин смерти у пациентов, оперированных по поводу ПРЩЖ

Причина смерти	Количество пациентов
Сердечно-сосудистые заболевания	20
Острое нарушение мозгового кровообращения	15
Злокачественное новообразование другой локализации	8
Несчастный случай	6
Острый панкреатит	1
Острая пневмония	1
Острая почечная недостаточность	1
Кровотечение желудочно-кишечное	1
Неизвестно	66
Всего	119

рой – 10 из 68 (14,7%). Что касается анализа влияния лимфодиссекции на результаты лечения, то оно практически отсутствовало в группе пациентов с органосохраняющими операциями. Вместе с тем в группе с полным удалением щитовидной железы лимфодиссекция достоверно снижала вероятность рецидива ( $p = 0,036$ ). Следует отметить, что чаще всего выполнялась боковая лимфодиссекция шеи без центральной лимфодиссекции. Последняя выполнялась только при установленном поражении лимфоузлов в этой зоне. Подобная тактика не сопровождалась в отдаленном периоде рецидивами в центральном компартменте шеи, что следует считать еще одним аргументом против профилактической лимфодиссекции.

Таким образом, сравнительный анализ влияния характера оперативного вмешательства и его объема на дальнейшее течение заболевания показал, что отдаленные результаты хирургического лечения практически не зависят ни от характера оперативного вмешательства (полное или частичное удаление органа), ни от его объема (выполнение или невыполнение лимфодиссекции). Представляется необходимым задуматься, так ли неправа Японская ассоциация, рекомендуемая при ПРЩЖ органосохраняющие опера-

ции, и так ли обязательна и оправданна профилактическая лимфодиссекция у этой категории пациентов.

Одной из особенностей нашего исследования является отсутствие радиоiodтерапии в протоколе лечения выбранных пациентов, обусловленное малой доступностью терапии радиоактивным йодом в нашей стране в 60–80-х гг. XX в. При этом показатели смертности и количества рецидивов в группе выбранных пациентов существенно не отличаются от тех данных, которые относятся к современному периоду и публикуются в качестве некоторых аналитических исследований [10, 15, 16].

Нам не встретились исследования, касающиеся причин смерти больных, оперированных в свое время по поводу ПРЩЖ и умерших от причин, не связанных с прогрессированием этого заболевания. Причины смерти в этой когорте пациентов представлены в табл. 5.

Нам не удалось выявить каких-то особенностей в распределении причин смерти у пациентов, оперированных ранее по поводу ПРЩЖ. Первое место среди причин смерти у пациентов с папиллярным раком занимают сердечно-сосудистые заболевания, второе – онкологические заболевания.

В разделе CQ20 японских клинических рекомендаций утверждается допустимость наблюдения за пациентами с карциномами 1,0 см и меньше (группа “низкого риска”), при этом оперативные вмешательства в этих случаях признаются необходимыми при: а) наличии метастазов в лимфоузлах, выявляемых пальпацией или при ультразвукографии, б) выявленных отдаленных метастазах, в) распространении опухоли за пределы щитовидной железы. Если эти признаки отсутствуют, считается возможным после получения информированного согласия больного оставить его под динамическим наблюдением. В Японии при скрининговом обследовании населения установлено, что количество случайно выявленных карцином в 1000 раз превышает количество опухолей с клиническими признаками заболевания [11], таким образом, для подавляющего числа этих людей папиллярная микрокарцинома расценивается как малоопасная опухоль с позиций неблагоприятного

клинического прогноза. Из нескольких центров Японии сообщено о благоприятных результатах, полученных при динамическом наблюдении за этой когортой пациентов [12, 13].

В некоторых американских исследованиях [10] показано, что, несмотря на то что с 1973 по 2002 г. количество пациентов с ПРЩЖ в США возросло в 2,4 раза, смертность осталась на том же уровне, а столь резкое увеличение произошло за счет выявления опухолей малых размеров и низкой степени риска.

Эти сообщения, наряду с впечатлением от посещения ряда клиник эндокринной хирургии в Японии, определили наш интерес к данной проблеме. В настоящее время в нашей клинике формируется группа пациентов с выявленными папиллярными микрокарциномами ЩЖ, отягощенных тяжелыми сопутствующими заболеваниями, с целью динамического наблюдения без проведения оперативного лечения.

### Заключение

Отдаленные результаты катамнеза пациентов, подвергшихся хирургическому лечению по поводу ПРЩЖ, представленные в данной работе, свидетельствуют о том, что заболевание имеет относительно благоприятное течение, а хирургическое вмешательство позволяет добиться хороших результатов у подавляющего большинства пациентов. Основой успешного хирургического лечения является ранняя диагностика заболевания, что диктует необходимость проведения углубленного обследования больных с узлами в ЩЖ, включающее обязательное проведение ТАБ под УЗ-наведением. Целесообразность применения органосохраняющих или аблятивных операций и целесообразность проведения профилактической центральной лимфодиссекции у больных с папиллярной карциномой ЩЖ требует дальнейшего изучения и обсуждения.

### Список литературы

1. *Watkinson JC.* The British Thyroid Association guidelines for the management of thyroid cancer in adults. *Nucl Med Commun.* 2004 Sep;25(9):897-900.
2. *Cooper D, Doherty G, Haugen B et al.* Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid.* 2009;19:1167-1213.
3. National Comprehensive Cancer Network (2010) NCCN clinical practice guidelines in oncology. Thyroid carcinoma. 2010;1.
4. Thyroid Carcinoma Task Force (2001) AACE/AAES medical/ surgical guidelines for clinical practice: management of thyroid carcinoma. *Endocrinol Pract.* 2001;7:202-220.
5. The Japanese Society of Thyroid Surgery/The Japanese Society of Endocrine Surgeons (2010) Guidelines for management of thyroid tumor. Kanehara Press, Tokyo.
6. *Schlumberger M, Challeton C, De Vathaire F et al.* Radioactive iodine treatment and external radiotherapy for lung and bone metastases from thyroid carcinoma. *J Nucl Med.* 1996;37(4):598-605.
7. *Lin JD, Huang MJ, Juang JH et al.* Factors related to the survival of papillary and follicular thyroid carcinoma patients with distant metastases. *Thyroid.* 1999;9(12):1227-1235.
8. *Durante C, Haddy N, Baudin E et al.* Long-term outcome of 444 patients with distant metastases from papillary and follicular thyroid carcinoma: benefits and limits of radioiodine therapy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91(8):2892-2899.
9. *Das DK.* Psammoma body: a product of dystrophic calcification or of a biologically active process that aims at limiting the growth and spread of tumor. *Diagn Cytopathol.* 2009;37(7):534-541.
10. *Davies L, Welch HG.* Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973–2002. *JAMA.* 2006;295(18):2179-2182.
11. *Takebe K, Date M, Yamamoto Y et al.* Mass screening for thyroid cancer with ultrasonography. *Karkinos.* 1994;7:309-317.
12. *Ito Y, Miyauchi A, Inoue H et al.* An observation trial for papillary thyroid microcarcinoma in Japanese patients. *World J Surg.* 2010;34:28-35.
13. *Sugitani I, Toda K, Yamada N et al.* Three distinctly different kinds of papillary thyroid microcarcinoma should be recognized: our treatment strategies and outcomes. *World J Surg.* 2010;34:1222-1231.
14. *DeLellis RA, Lloyd RV, Heitz PU, Eng C (Eds.).* World Health Organisation Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumors of Endocrine Organs. Lyon: IARC Press, 2004.
15. *Colonna M, Bossard N, Guizard AV et al.* Descriptive epidemiology of thyroid cancer in France: incidence, mortality and survival. *Ann Endocrinol (Paris).* 2010;71(2):95-101.
16. *Reynolds RM, Weir J, Stockton DL et al.* Changing trends in incidence and mortality of thyroid cancer in Scotland. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2005;62(2):156-162.
17. *Бомаш Н.Ю.* Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. М.: Медицина, 1981. 176 с.