**Коваленко Андрій Євгенович. Особливості клініки та хірургічного лікування хворих на рак щитовидної залози після аварії на Чорнобильській АЕС: дисертація д-ра мед. наук: 14.01.14 / Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України. - К., 2003.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Коваленко А.Є. Особливості клініки та хірургічного лікування хворих на рак щитовидної залози після аварії на Чорнобильськії АЕС. – Рукопис.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.14 – ендокринологія. – Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України, Київ, 2003.  Проаналізовано результати лікування 1218 хворих на рак щитовидної залози. У результаті аварії на ЧАЕС зросла кількість папілярних карцином в осіб дитячого, підліткового і юнацького віку, можливо пов'язаних із радіаційним впливом. Основним діагностичним критерієм, що визначає показання до оперативного лікування осередкових утворень щитовидної залози, є цитологічне дослідження пунктату пухлини. Програма лікування папілярного раку щитовидної залози містить у собі тиреоїдектомію з втручанням на лімфатичних колекторах шиї, аблацію залишкової тиреоїдної тканини і метастазів 131I та супресивну гормонотерапію. Розроблено метод операції у хворих на рак щитовидної залози, заснований на використанні впливу високочастотного струму для електророзтину та електрокоагуляції тканин. Оперативне втручання дозволяє провести етап мобілізації щитовидної залози в зоні розташування прищитовидних залоз і поворотних гортанних нервів у прецизійному виконанні. Запропоновані методи лікування, розроблена техніка операції дозволили знизити частоту ускладнень, зменшити кількість рецидивів і досягти високого рівня виживання. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертації наведені нові підходи до вирішення актуальної наукової проблеми клінічної ендокринології – підвищення ефективності лікування хворих на рак щитовидної залози, що виникли в Україні після аварії на Чорнобильській АЕС. Дослідження клінічних характеристик раку щитовидної залози в до- і післяаварійний періоди, досвід і оцінка результатів хірургічного лікування дозволили створити сучасну діагностично-лікувальну програму і методики оперативних втручань, адаптовані до умов післяаварійної ситуації в Україні, що спрямовані на підвищення онкологічної радикальності і зниження рівня післяопераційних ускладнень.  2. Після аварії на Чорнобильській АЕС змінилося співвідношення морфологічних форм раку щитовидної залози за рахунок збільшення папілярних карцином у хворих дитячого, підліткового і юнацького віку з 25,0 % у доаварійний період до 81,2 % – у першому і до 95,3 % – у третьому післяаварійних п'ятиліттях, що можливо етіологічно зв'язати з фактом радіаційного впливу.  3. Клінічні прояви раку щитовидної залози в різних вікових групах характеризуються найбільш вираженими агресивними властивостями захворювання у хворих до 20 і старших 60 років. У молодих пацієнтів високий ступінь злоякісності обумовлений великим лімфогенним метастазуванням папілярних карцином (56,9 % регіонарне метастазування), а у хворих старших 60 років – локально-інвазивними властивостями пухлин нижчого клітинного диференціювання (53,8 % екстратиреоїдне поширення).  4. Збільшення кількості хворих дитячого, підліткового і юнацького віку папілярною карциномою щитовидної залози визначило еволюцію хірургічної тактики. Методом вибору в лікуванні папілярного раку щитовидної залози стала тиреоїдектомія із серединною і двобічною модифікованою дисекцією шиї. Кількість виконаних тиреоїдектомій збільшилася в 4,1 разів – з 19,5 % у доаварійний період до 80,3 % у третьому післяаварійному п'ятиріччі.  5. Виконання первинної тиреоїдектомії дозволяє підвищити радикальність втручання, запобігти можливості внутрішньозалозистої дисемінації пухлини і знизити ризик розвитку локальних рецидивів захворювання в зоні щитовидної залози в 3,2 рази (з 2,3 % при органозберігаючих операціях до 0,7 % – при тиреоїдектомії).  6. Розроблено метод електрохірургічного оперативного втручання при захворюванні на рак щитовидної залози у вигляді тиреоїдектомії з використанням високочастотного струму з частотою 515 кГц і потужністю 30-60 Вт, виробленим апаратом "Electrosurgery ESU-123" фірми "Aloka", що дозволяє підвищити абластичність операції і знизити кількість таких специфічних післяопераційних ускладнень як ларінгеальний парез у 2,2 рази (з 8,0 % до 3,7 %) і стійкий гіпопаратиреоз у 2,9 рази (з 4,4 % до 1,5 %).  7. Оцінена значимість прогностичних чинників, що впливають на показники виживання та летальності при захворюванні на рак щитовидної залози. Ризик летальності від раку щитовидної залози підвищують: вік понад 40 років – у 8 разів (із 2,1 % до 17,2 %); екстратиреоїдне поширення пухлини – у 3,2 рази (з 3,1 % до 9,9 %); регіонарне метастазування – у 2,4 рази (з 4,2 % до 10,4 %); чоловіча стать – у 1,6 разів (із 5,2 % до 8,6 %).  8. Комбінований метод лікування папілярного раку щитовидної залози у вигляді тиреоїдектомії з наступною терапією 131I і супресивною гормонотерапією дозволяє поліпшити віддалені результати лікування у порівнянні з оперативним втручанням органозберігаючого характеру і супресивною терапією тиреоїдними препаратами, знижуючи скориговану летальність у 2,8 разів (із 6,3 % до 2,2 %) і підвищуючи п'ятирічне виживання із 89,3 % до 97,3 %.  9. Діагностична значимість вільного тироксину, тиреотропіну, тиреоглобуліну, феритину і b2-мікроглобуліну при захворюванні на рак щитовидної залози невисока і не дозволяє використовувати ці показники в клінічній диференційній діагностиці пухлинного процесу. Підвищення рівня раково-ембріонального антигену (РЄА) у хворих із фолікулярною карциномою у 1,6 разів у порівнянні з папілярною карциномою і в 2,6 разів у порівнянні з фолікулярною аденомою потребує проведення подальших клініко-морфологічних досліджень пухлин щитовидної залози фолікулярного походження.  10. У хворих папілярною карциномою щитовидної залози виявлена недостатність імуногенезу в доопераційному періоді, що виражається в зниженні функціональної активності природних кілерних клітин у 1,7 разів і біологічної активності інтерлейкіна-2 у 1,8 разів. Ці показники потребують контролю і, при необхідності, проведення неспецифічної імунокоригуючої терапії у загальному комплексі післяопераційного лікування. | |