

as unfavorable prognostic factors for cs-OS. DFS was significantly shorter in males vs. females, as well as in patients with multifocal vs. solitary PTC. Tumor multifocality was unfavorable prognostic factor for both DFS and cs-OS. Independent prognostic factors for intrathyroidal PTCs, based on Cox multivariate analysis, were multifocality and gender for DFS, and multifocality and age at diagnosis for cs-OS.

Conclusions. Prognostic factors define risk groups within population of differentiated PTCs providing timely, adequate treatment and opportunity for longer quality life of patients with PTCs.

KEYWORDS

Papillary thyroid carcinoma, intrathyroidal, prognostic factors.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИНТРАТИРЕОИДАЛЬНОЙ ПАПИЛЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ — МУЛЬТИВАРИАНТНЫЙ АНАЛИЗ

N. Santrac¹, I. Markovic^{1,2}, M. Goran¹, M. Buta^{1,2},
I. Djuricic¹, R. Dzodic^{1,2}

¹Institute for Oncology and Radiology of Serbia, Белград, Сербия

²University of Belgrade, Белград, Сербия

Цель исследования — изучение прогностической факторов интратиреоидального папиллярного рака щитовидной железы (ПРЩЖ), связанных с пациентом, опухолью, а также лечением путем многофакторного анализа.

Материал и методы. В исследование были включены 153 пациента с интратиреоидальным ПРЩЖ (pT1/pT2/pT3), оперированных в нашем институте в течение 20 лет. Больные с местно-инвазивной опухолью (pT4) и начальными отдаленными метастазами (M1) в исследование включены не были. Область интересов данного исследования: пол (мужской, женский), возраст (≤ 45 ; > 45 лет), размер опухоли (pTNM классификации ВОЗ, 1984), мультифокальность (нет, да), гистологический тип ПРЩЖ (чистый; микрокарциномы; фолликулярная; слабо дифференцированные), наличие метастазов в лимфатические узлы (pN1a; ипсилатеральная-pN1b; контралатеральной — pN1b, общая), хирургии степени (тиреоидэктомии; тиреоидэктомии с лимфаденэктомией). С целью определения факторов, имеющих значение для выживаемости без признаков заболевания (DFS), и канцер-специфической общей выживаемости (cs-OS) был выполнен одномерный и многомерный анализ всех параметров.

Результаты. В ходе исследования у 10% больных были выявлены локально-отграниченные или отдаленные рецидивы; 5,2% умерли из-за ПРЩЖ. Одномерный анализ выявил следующие неблагоприятные прогностические факторы для cs-OS: пожилой возраст, мужской пол, опухоли более 4 см в диаметре, мультифокальность и мало дифференцированный ПРЩЖ. Выживаемость без признаков заболевания (DFS) была значительно меньшей у мужчин, а также у пациентов с мультифокальной опухолью в сравнении с одиночной ПРЩЖ. Мультифокальность опухоли является неблагоприятным прогностическим признаком как для DFS, так и для cs-OS. По результатам многофакторного анализа Кокса, выявлены независимые прогностические факторы для интратиреоидального ПРЩЖ: мультифокальность и пол — для DFS, и мультифокальность и возраст на момент постановки диагноза для cs-OS.

Выводы. Прогностические факторы позволяют стратифицировать больных с PTCs по группам риска, обеспечить своевременное и адекватное лечение, а также обеспечить возможность улучшения качества жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Папиллярный рак щитовидной железы, интратиреоидальный, прогностические факторы.

★ ★ ★

doi: 10.14341/probl201662557-58

USE OF INTRAVENOUS GLUCOCORTICOIDS FOR TREATMENT OF GRAVES' ORBITOPATHY

M.Z. Asatiani

V. Ivereli endocrinology, metabolism, dietology center
"ENMEDIC", Tbilisi, Georgia

Introduction. Graves' ophthalmopathy (GO) also known as thyroid-associated orbitopathy (TAO), is an autoimmune disorder of the retrobulbar tissue, closely linked to autoimmune thyroid disease. Less than 5—10% patients with Graves' disease will develop clinically relevant, active and progressive orbital complications. Treatment of this disease is difficult and often unsatisfactory. Glucocorticoids have been used for treatment of GO because of their anti-inflammatory and immunosuppressive actions during the active phase of GO.

Case Report. In June 2013, 57 years old female patient referred to our clinic with complains of: heat intolerance, weight loss, fatigue, tachycardia, high blood pressure — classical picture of thyrotoxicosis. In 2006 subtotal resection of thyroid gland for Grave's disease was performed. Laboratory studies revealed: TSH-0.01 (n=0.4—4.0 μ IU/ml); FT4-2.68 (n=0.89—1.76 ng/dl); Hematology-leukocytes 4.7 (n=5.2—12.4 μ L); ESR-14 (n=2—15). Thyroid ultrasound showed two nodules in the left lobe: 7X8X11mm, 8X8X8mm. Thyroid scintigraphy with TC-99m excluded hot and cold nodules. Anti-TSH-Rec. -2.45 (n=<2.0 LU/L). The patient was given Thiamazole 30 mg/day, Propranolol 10 mg/day, Prednisolone 15 mg/day. After 6 weeks of treatment the patient's general condition was significantly improved: FT4-0.96. The dose of Thiamazole was decreased till 10 mg/day, Propranolol 5 mg/day, Prednisolone withheld. After 4 months the patient attended our clinic with complains of: lacrimation and duality, pain and exophthalmos of left eye. Thyroid function was within normal range. In order to exclude tumor, MRI of the head was performed- the tumor was excluded. Graves' ophthalmopathy was diagnosed. Pulse therapy was begun with Intravenous Methylprednisolone infusion according the following scheme: 1st week 1000mg once a day during 3 days, then 500 mg weekly for 3 weeks and 250 mg weekly for 3 weeks. After that the same infusion once in 10 days — (total 4 infusion). Methylprednisolone 4 mg 4 tab. 3 times a day and Panangin 2 tab. two times a day was given per-os. Glucose levels were monitored, it was always normal. After 14 weeks of pulse therapy optimized visual acuity and improvement of soft-tissue inflammatory signs and symptoms were evident.

Conclusion. High-dose of i/v steroid therapy provides efficient and stable improvement in Graves' ophthalmopathy.

KEYWORDS

Intravenous glucocorticoids, orbitopathy, Graves' disease.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ВНУТРИВЕННО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОФТАЛЬМОПАТИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА

М.З. Асатиани

Центр эндокринологии, метабологии и диетологии
им. В. Ивериели «ЭНМЕДИЦ», Тбилиси, Грузия

Введение. Офтальмопатия Грейвса (ОГ), также известная как эндокринная офтальмопатия, — аутоиммунное нарушение ретробульбарной ткани, близко связана с аутоиммунным заболеванием щитовидной железы. На 5—10% меньше пациентов с болезнью Грейвса будут развивать клинически соответствующие активные и прогрессивные орбитальные осложнения. Лечение этой болезни трудное и часто неудовлетворительное. Глюкокортикоиды использовались для лечения ОГ из-за их противовоспалительных и иммунодепрессивных действий во время активной фазы ОГ.

История болезни. В июне 2013 г. 57-летняя пациентка пришла в нашу клинику с жалобами на непереносимость жары, с потерей массы тела, усталость, тахикардию и высоким кровяным давлением — классическая картина тиреотоксикоза. В 2006 г. была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы по болезни Грейвса. Лабораторные исследования показали: TSH-0,01 ($n=0.4-4.0$ $\mu\text{IU/ml}$); FT4-2,68 ($n=0.89-1.76$ ng/dl); Hematology-leukocytes 4,7 ($n=5.2-12.4$ μL); ESR-14 ($n=2-15$). Ультразвук щитовидной железы показал два нароста на левой доле: 7X8X11 мм, 8X8X8 мм. Сцинтиграфия щитовидной

железы — ТС-99м исключая горячие и холодные узелки. Анти-TSH-Rec.—2.45 ($n<2.0$ LU/L). Пациентке дали: тиамазол 30 мг/сут, пропранолол 10 мг/сут, преднизолон 15 мг/сут. После 6 нед лечения общее состояние пациентки было значительно улучшено: FT4-0,96; доза тиамазола была уменьшена до 10 мг/сут, пропранолола 5 мг/сут, применение преднизолона было отменено. После 4 мес пациентка пожаловалась на слезотечение и дуальность, боль и экзофтальму левого глаза. Функция щитовидной железы была в пределах нормального диапазона. Чтобы исключить опухоль, была выполнена МРТ головы и в результате опухоль была исключена. Была диагностирована офтальмопатия Грейвса. Терапия пульса была начата с внутривенного вливания метилпреднизолона согласно следующей схеме: 1-я неделя — 1000 мг 1 раз в день в течение 3 дней, затем 500 мг еженедельно в течение 3 нед и 250 мг еженедельно в течение 3 нед. После этого то же самое вливание 1 раз в 10 дней — (полные 4 вливания). Метилпреднизолон 4 мг 4 таблетки 3 раза в день и панангин 2 таблетки 2 раза в день перорально. Уровень глюкозы был проверен, он всегда был нормальным. После 14 нед терапии пульса оптимизировалась острота зрения и улучшение воспалительных признаков и симптомов мягких тканей были очевидны.

Выводы. Большая доза i/v терапии стероида обеспечивает эффективное и стабильное улучшение в офтальмопатии Грейвса.

КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ

Пульс-терапия глюкокортикоидами, эндокринная офтальмопатия, болезнь Грейвса.