

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВАВА ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**МОСИН С.В., ТИГРОВ М.С., ФЕЙДОРОВ И.Ю., ЯКОВЛЕВА Л.П.,
КРОПОТОВ М.А.**

Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова,
Москва
tigrov.92@mail.ru

Золотым стандартом в хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы на сегодняшний день являются открытые операции (гемитиреоидэктомия, тиреоидэктомия), после которых остается рубец на передней поверхности шеи. С 2007 года в литературе описывается применение видеондоскопических и робот-ассистированных операций на щитовидной железе, успешно применяемых в некоторых клиниках. Существуют три основные методики операций на щитовидной железе без разреза на видимой части шеи: видеондоскопические операции, робот-ассистированные и эндоскопические операции, выполняемые из полости рта. При раке щитовидной железы описаны достоверные, непосредственные и отдаленные результаты для первых двух методик, а также аналогичные открытым операциям онкологические результаты. Робот-ассистированные операции имеют преимущество перед остальными методами благодаря трехмерному изображению с увеличением, высокой точности хирургических манипуляций за счет большей подвижности манипуляторов и минимальной травмы тканей в зоне операции с сохранением околощитовидных желез и возвратных нервов.

В последнее время чаще других при роботической тиреоидэктомии используется методика ВАВА (с введением троакаров в 4-х точках). Эта методика сравнима с открытой тиреоидэктомией в обеспечении безопасности, но ассоциируется с длительной продолжительностью операции и значительно более высокой стоимостью. Введение троакаров в отдаленных точках по методике ВАВА позволяет полностью устранить послеоперационный разрез на видимой части шеи и избежать развития длинного рубца в аксиллярной области. При выполнении операций по этой методике при раке щитовидной железы было продемонстрировано сравнимо низкое количество рецидивов в отдаленном периоде. Среди противопоказаний к применению этой методики описываются: большой объем железы и/или узла, рак щитовидной железы среднего и высокого риска метастазирования, загрудинный зоб, предшествующие операции на шее. Из недостатков следует выделить необходимость приобретения устойчивых навыков малоинвазивной хирургии у хирурга, а также высокую стоимость. При опухолях высокого риска, при местно-распространенных и недифференцированных видах рака, при подтвержденных метастазах в лимфоузлы шеи II-V групп, в настоящее время нет достоверных данных о преимуществах и недостатках методики.

С 2017 года в нашей клинике выполнено 3 робот-ассистированных вмешательства по методике ВАВА. Приведем два клинических примера.

1. Пациентка С. 50 лет. Диагноз: папиллярный рак щитовидной железы cT1bN0M0. При УЗИ — очаговое образование в правой доле щитовидной железы 19 мм, соответствует TIRADS V. Объем щитовидной железы 9,2 см³. Цитологическая картина папиллярного рака щитовидной железы (TBS VI). Выполнено хирургическое лечение в объеме робот-ассистированной тиреоидэктомии с паратрахеальной лимфодиссекцией по методике ВАВА. Время операции — 3 часа 20 минут. Послеоперационный период гладкий. Ионизированный кальций в первые сутки — 1,15. Нарушения фонации нет. Заживление ран без особенностей. Выписана на 3 сутки после операции. В препарате клетчатки шеи описано 5 лимфоузлов, без метастазов, стадия рака pT2N0M0. Осмотрена через 1 месяц, косметический эффект отличный.

2. Пациент В. 55 лет. Диагноз: папиллярный рак щитовидной железы cT1bN0M0. При УЗИ — диффузно-измененная щитовидная железа с очаговым образованием в левой доле до 16мм, соответствует TIRADS IV. Объем щитовидной железы 16 см³. Цитологическая картина папиллярного рака щитовидной железы (TBS VI). Выполнено хирургическое лечение в объеме робот-ассистированной тиреоидэктомии с паратрахеальной лимфодиссекцией по методике ВАВА. Время операции — 2 часа 55 минут. Послеоперационный период гладкий. Ионизированный кальций в первые сутки — 1,12. Нарушения фонации нет. Заживление ран без особенностей. Выписан на 2 сутки после операции. В препарате клетчатки шеи описано 8 лимфоузлов, без метастазов, стадия рака pT1N0M0. Осмотрен через 1 месяц, косметический эффект отличный.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАНЕЛИ ГЕНОВ BRAF, TERT

**ПОЛЯКОВ А.П., ВОЛЧЕНКО Н.Н., СЛАВНОВА Е.Н., КУДРЯВЦЕВА А.В.,
НИКИФОРОВИЧ П.А., РАТУШНЫЙ М.В., ФИЛЮШИН М.М.,
РЕБРИКОВА И.В., МОРДОВСКИЙ А.В.**

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «Национальный медицинский центр радиологии»
nikiforovichdoc@gmail.com

Актуальность. Папиллярный рак щитовидной железы (ПРЩЖ) составляет 80% высокодифференцированных раков щитовидной железы (ВДРЩЖ). Мутация гена BRAF (V600E) является одним из самых распространенных прогностических факторов неблагоприятного течения ПРЩЖ. Совместная мутация гена TERT и BRAF коррелирует с значительным снижением общей безрецидивной выживаемости.

Целью исследования является выявление наличия взаимосвязи между ПРЩЖ, включая прогностические факторы, и мутацией BRAF (V600E), TERT для определения