

## Плановая хирургия, общая хирургия

ID: 2020-02-2467-A-18839

Краткое сообщение

Шаталова Л.С., Козлова Ю.Г., Гафланова Д.М., Селютин С.А.

### **Диагностика раннего рака щитовидной железы** ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: асс. Макиенко А.А.

#### **Резюме**

В течение 30 лет в клинике СГМУ применяется многоэтапная морфологическая диагностика, которая включает в себя четыре последовательных этапа: дооперационный, интраоперационный, послеоперационный и диспансерный. В клинике онкологии за последние три года (2015-2017 гг.) обследовано 1206 больных с патологией щитовидной железы (РЩЖ). На первом этапе морфологической диагностики у 249 больных (57,9%) установлены доброкачественные образования щитовидной железы, у 56 (13,1%) – подозрение и у 125 (29,0%) – РЩЖ. Таким образом, 430 больных прооперированы. Во время интраоперационного исследования РЩЖ диагностирован еще у 15 больных. Следовательно, на втором этапе еще на 3,6% увеличилось число больных с выявленным РЩЖ. Окончательное гистологическое заключение позволило еще у 4 больных (0,9%) диагностировать рак. Общий процент злокачественной патологии щитовидной железы составил 33,5%.

**Ключевые слова:** диагностика, рак, щитовидная железа

#### **Введение**

Рак щитовидной железы по темпам годового прироста в последние годы опережает другие злокачественные образования. В Российской Федерации среднегодовой темп прироста РЩЖ за 10 лет с 2006 г. составил 2,54%, что в сумме увеличило показатель заболеваемости на 29,53%. В 2016 г. зарегистрировано 12194 новых случаев этой патологии [1, 2]. В Саратовской области «грубый» показатель заболеваемости раком щитовидной железы в 2016 г. составил 6,1 на 100 тыс. населения (в 2015 г. — 5,1) [3]. Все это делает проблему ранней диагностики чрезвычайно актуальной. Во-первых, опухоли являются гормонозависимыми, что определяет характер патологического процесса. Известно, что рак щитовидной железы возникает на фоне гипотиреоза, вследствие врожденной или приобретенной патологии этого органа. Во-вторых, мультифокальность рака щитовидной железы требует тщательного дооперационного алгоритма обследования, что также затрудняет раннюю диагностику. Таким образом, у большинства больных речь может идти лишь о выявлении инвазивных локальных форм рака, а преинвазивные формы или микрокарциномы (до 10 мм) диагностируются в единичных наблюдениях на фоне другой патологии. Эти факторы обуславливают определенный подход к схеме клинко-морфологической дооперационной диагностике рака щитовидной железы.

Схема этого обследования представлена следующим образом: при пальпаторно определяемой патологии щитовидной железы проводится тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия с цитологическим исследованием под контролем УЗИ, что позволяет выявить локальные или мультифокальные образования размером даже до 2-3 мм [4].

**Цель:** с помощью методов обследования с обязательным применением ультразвукового, рентгенологического и морфологического исследования установить точный диагноз рака щитовидной железы и выявить начальные формы.

#### **Материал и методы**

В клинике онкологии СГМУ за 3 года (2015-2017 гг.) на обследовании и лечении находилось 144 больных раком щитовидной железы. Средний возраст больных составил 52,1±3,1 лет. Среди пациентов женщин было 86,8%, мужчин – 13,2%. По длительности наблюдения у эндокринолога пациенты распределены следующим образом: большее число больных 108 (75%) обратились сразу к хирургу, 9 пациентов (6,3%) наблюдались от 1 до 3 месяцев, 5 (3,4%) – от 3 до 6 месяцев, 22 (15,3%) – более 6 месяцев. Необходимо отметить, что у 51,4% больных диагностировано одно образование в щитовидной железе, у 48,6% – от двух и более. Непальпируемые образования составили 3,5% (5 пациентов), а мультицентрические – 2,0% (три пациента).

В течение 40 лет в клинике СГМУ применяется многоэтапная морфологическая диагностика, которая позволяет поставить точный диагноз почти в 100% наблюдений. Многоэтапная морфологическая диагностика рака щитовидной железы не отличается от диагностики других видов онкологической патологии и включает в себя четыре последовательных этапа: дооперационный, интраоперационный, послеоперационный и диспансерный [5, 6].

Наряду с традиционным гистологическим методом широко используется цитологическое исследование, позволяющее установить уже до операции характер патологического процесса, степень дифференцировки, гистологический тип опухоли и состояние регионарных лимфатических узлов. Важную роль в определении характера патологического процесса и стадии заболевания играет интраоперационная морфологическая диагностика. На этом этапе большое значение имеют опыт хирурга и квалификация морфологов. В процессе исследования особое значение придается работе цитолога, так как только он может определить подозрительные очаги для дальнейшего гистологического исследования. Ошибки хирургов при оценке распространенности опухоли составляют 20-25%. А это означает отказ от операции при курательных опухолях или выполнение неоправданных тяжелых операций в терминальной стадии.

Во время интраоперационной экспрессной цитологической диагностики решаются следующие задачи:

1. Определение характера патологического процесса;
2. Осуществление поиска начальных форм рака;

3. Определение инвазии клеток за пределы опухоли и установление анатомической формы роста опухоли;
4. Исследование удаленных регионарных лимфатических узлов;
5. Представление о радикальности хирургического вмешательства путем изучения отпечатка со дна и краев раны.

Интраоперационная экспрессная цитологическая диагностика способствует объективизации результатов исследования, постановке стадии заболевания, выявлению малых раков и выбору оптимального варианта лечения. Окончательный диагноз устанавливается после планового гистологического изучения удаленной опухоли. На этом этапе устанавливается гистотип опухоли, дифференцировка и степень злокачественности, состояние иммуногенных зон лимфатических узлов, степень инвазии. На диспансерном этапе в процессе морфологического мониторинга отслеживается появление рецидивов и метастазов.

### Результаты

В клинике онкологии за последние три года (2015-2017 гг.) обследовано 1206 больных с патологией щитовидной железы. Современная концепция диагностической и лечебной тактики у больных с узловыми образованиями щитовидной железы заключается в аргументированном использовании диагностических методик выявления заболевания и применения комбинированного подхода к лечению [7]. Морфологическая диагностика является ведущим методом обследования, без которого лечение в принципе невозможно. На первом этапе морфологической диагностики у 249 больных (57,9%) установлены доброкачественные образования щитовидной железы, у 56 (13,1%) – подозрение и у 125 (29,0%) – рак щитовидной железы. Таким образом, 430 больных были подвергнуты хирургическому лечению.

Во время интраоперационного исследования (цитологического и гистологического) рак диагностирован еще у 15 больных. Следовательно, на втором этапе еще на 3,6% увеличилось число больных с выявленным раком щитовидной железы.

Окончательное гистологическое заключение позволило еще у 4 больных (0,9%) диагностировать рак щитовидной железы. Общий процент злокачественной патологии щитовидной железы составил 33,5%.

Соблюдалась этапность клинко-морфологической диагностики.

- I этап – установлено доброкачественных образований – 249 (57,9%); рак – 125 (29,0%); подозрение на рак – 56 (13,1%);
- II этап – доброкачественные образования – 290 (67,4%); рак – 140 (32,6%);
- III этап – доброкачественные – 286 (66,5%); рак – 144 (33,5%).

На IV этап за указанный период пролеченные больные с подозрением на рецидив или прогресс заболеваний не обращались.

Всем больным на клиническом этапе обследования выполнено УЗИ щитовидной железы. При этом по размерам опухолевого узла больные распределены следующим образом: до 1 см – 12 (8,3%), от 1 до 2 см – 39 (27,1%), от 2 до 4 см – 77 (53,6%) и более 4 см – 16 (11,1%).

На основании эхографических характеристик (плотность, однородность структуры, четкость контуров и т.д.) у 144 больных раком щитовидной железы на этапе обследования были сделаны следующие выводы: Узловой зоб – 120 пациентов (83,6%); киста – 9 (6,3%); аденома – 2 (1,4%); тиреоидит – 2 (1,4%); подозрение на рак – 11 (7,6%). О подозрении на рак высказано лишь у 7,6% больных, что свидетельствует о том, что УЗИ позволяет выявить образование и уточнить локализацию для последующей пункционной биопсии.

Анализируя дооперационную цитологическую диагностику, установлено, что у 126 больных (87,5%) раком щитовидной железы диагноз установлен до операции. Интраоперационная диагностика позволила довести верификацию до 90,2% (130 пациентов) и лишь у 0,8% (14 человек) диагноз установлен при плановом гистологическом исследовании.

По результатам тонкоигольной аспирационной биопсии на дооперационном этапе получены варианты патологий: фолликулярный эпителий – 4 (2,7%); фолликулярный эпителий с пролиферацией – 7 (4,9%); подозрение на рак – 8 (5,7%); фолликулярный рак – 59 (41,0%); папиллярный рак – 38 (26,3%); фолликулярно-папиллярный рак – 28 (19,4%). Объем оперативных вмешательств соответствовал современным требованиям: тиреоидэктомия при поражении перешейка или обеих долей выполнялась у 44 больных (30,5%); гемитиреоидэктомия с удалением перешейка при раке одной доли – у 100 пациентов (69,5%). Профилактическая лимфодиссекция не выполнялась.

Результаты планового гистологического исследования показывают преобладание высокодифференцированных форм рака, отличающихся наименьшей агрессивностью течения: фолликулярный рак – у 69 больных (47,9%); папиллярный рак – у 46 пациентов (32,0%); фолликулярно-папиллярный рак – у 28 (19,4%) и медулярный рак – у 1 пациента (0,7%).

По стадиям заболевания больные распределились следующим образом: I стадия – 36 больных (33,9%); II стадия – 54 (51,1%); III стадия – 12 (11,3%); IV стадия – 4 (3,7%).

Всем больным в послеоперационном периоде проводилась супрессивная гормонотерапия тироксином для снижения частоты рецидива рака щитовидной железы.

### Обсуждение

Таким образом, адекватность диагностических и лечебных воздействий при раке щитовидной железы может быть достигнута в том случае, когда действия клинициста опираются на хорошо организованную морфологическую службу и знание набора последовательности диагностических процедур и лечебных вмешательств.

Трудности дооперационной цитологической диагностики рака щитовидной железы объясняются несколькими причинами. Так, анализируя причины гипо- и гипердиагностики рака щитовидной железы было констатировано:

1. Основной причиной гиподиагностики были высокодифференцированные формы в небольших по размеру образованиях щитовидной железы.
2. Гипердиагностика у 12 больных (0,99% от всех 1206 обследованных) связана с трудностями морфологического исследования при аденомах – у 5 (0,4%), узловых форм тиреоидита – у 2 (0,2%) и узловом зобе с выраженной дистрофией и пролиферацией эпителия у 5 больных (0,4%). Особому анализу подвергнуты препараты 29 больных (2,4%) с подозрением на рак, у 11 (0,9%) из которых интраоперационно гистологически диагностирован злокачественный процесс (медулярный рак – у одного больного, единичные комплексы высокодифференцированного фолликулярного и папиллярного рака в 10 наблюдениях).

При пункционной биопсии щитовидной железы под контролем УЗИ причины неудач у 12 больных (0,99%) были следующие:

- Близкое расположение сосудов к опухоли;
  - Технические погрешности, связанные с возможностью аппарата, отсутствие контрастных игл, глубокое расположение узла. Важным и основным моментом в дооперационной цитологической диагностике является квалификация морфолога.
- В клинике онкологии установлено негласное правило: все трудные для диагностики препараты просматривает в обязательном порядке заведующий отделением и доцент – морфолог. Такая многократная проверка препаратов на верификацию позволяет сократить процент ошибок.

#### Заключение

1. В диагностике заболеваний щитовидной железы необходимо использовать комплекс методов обследования с обязательным применением ультразвукового, рентгенологического и морфологического исследования.
2. Многоэтапная морфологическая диагностика позволяет в 100% установить точный диагноз и выявить начальные формы рака.
3. Основные причины ошибок дооперационной диагностики возникают при небольших (менее 0,8 – 0,5 см) высокодифференцированных опухолях щитовидной железы.
4. Принятая в клинике методика диагностики позволяет выявить начальные формы рака щитовидной железы у 4,7% больных.

#### Литература

1. Каприн, А.Д., Старинский, В.В., Петрова, Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году. -М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2018. — 250 с.
2. Каприн, А.Д., Старинский, В.В., Петрова, Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году.. — М., МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. — 236 с.
3. Итоги работы онкологической службы Саратовской области. Министерство здравоохранения Саратовской области/ Государственное учреждение здравоохранения/ «Областной онкологический диспансер №1». Саратов, 2017.
4. Диагностика и лечение дифференцированного рака щитовидной железы: Национальные клинические рекомендации, принятые на XI Российском онкологическом конгрессе и IV Всероссийском тиреоидологическом конгрессе / Эндокринная хирургия. — 2008. — № 1 (2). — С. 3–5.
5. Жмылева, О.А. Оптимизация морфологической диагностики при зобе и опухолевых заболеваниях щитовидной железы : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.15;14.00.14 / Жмылева Ольга Александровна. — Саратов, 2001. — 184 с.
6. Пачес, А.И., Любаев, В.А., Шенталь, В.В. и др. Современное состояние проблемы лечения рака щитовидной железы / Вопр. Онкол. — 1998. — Т. 44. — № 5. — С. 562–566.
7. Результаты собственных исследований: Шаталова Л. С., Козлова Ю. Г., Гафланова Д. М., Селютин С. А.