

УДК 616.441-089

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ ОПЫТА ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**Шкилёва И.Ю., Фетисова В.И., Шелякина Е.В., Ружицкая Л.В., Кузнецова Т.А.,
Кривомазов А.Ю., Морозова Е.В., Сыромятников Е.А., Касьянов Б.В.,
Аль-Канани Эдрис Сабах Халав**

Научный руководитель – д.м.н., профессор Карпачев А.А.

*ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
Белгород, e-mail: iceirinka1395@yandex.ru*

На сегодняшний день самой частой злокачественной опухолью эндокринных желез является рак щитовидной железы, на долю которого приходится 1–1.5%. В мире ежегодно регистрируется около 150 тысяч новых случаев рака щитовидной железы. Целью исследования явилось изучение частоты заболеваемости раком щитовидной железы, половой приверженности, преобладающей морфологической структуры, выбора оптимальной тактики лечения пациентов и характера послеоперационных осложнений. Проведен ретроспективный анализ 727 медицинских карт пациентов, проходивших оперативное лечение по поводу заболеваний щитовидной железы в хирургическом отделении №1 Белгородской областной клинической больницы Святого Иоасафа. У 37 пациентов из обследуемых диагноз рак щитовидной железы был установлен интра- или послеоперационным путем. Среди пациентов преобладали лица женского пола в возрасте от 45 до 59 лет. Выбор тактики лечения рака щитовидной железы в каждом конкретном случае выбирался индивидуально. Большинству пациентов – 29 (78.38%) выполнялась тиреоидэктомия. По данным патогистологического исследования папиллярная микрокарцинома оказалась наиболее часто встречаемой формой рака щитовидной железы.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, пункционная тонкоигльная аспирационная биопсия, узловый эутиреоидный зоб, папиллярная микрокарцинома, тиреоидэктомия

MORBIDITY AND RESULTS OF TREATMENT OF THYROID CANCER BASED ON EXPERIENCE OF THE GENERAL SURGERY STATION

**Shkiljova I.Yu., Fetisova V.I., Sheljakina E.V., Ruzhickaja L.V., Kuznecova T.A.,
Krivomazov A.Yu., Morozova E.V., Syromjatnikov E.A., Kasjanov B.V., Al-kanani E.S.**
Belgorod State National Research University, Belgorod, e-mail: iceirinka1395@yandex.ru

Nowadays, the most common cancerous tumor of the endocrine glands is thyroid cancer, which is around 1–1.5%. About 150000 new cases of thyroid cancer are registered annually in the world. Purpose: to study the frequency of thyroid cancer incidence, sexual adherence, the prevailing morphological structure, the choice of optimal treatments for patients and the nature of postoperative complications. 727 medical records of patients undergoing operative treatment for thyroid diseases were retrospectively analysed in the surgical department №1 of the Belgorod Regional Clinical Hospital of St. Joasaph. 37 out of all the patients examined had thyroid cancer diagnosed during or after the surgery. Females aged 45 to 59 years dominate among the patients. The choice of tactics for treating thyroid cancer in each case was chosen individually. Thyroidectomy was performed for 29 (78.38%) patients. According to the pathohistological study, the papillary micro carcinoma was the most common form of thyroid cancer.

Keywords: thyroid cancer, fine needle aspiration biopsy, nodular euthyroid goiter, papillary microcarcinoma, thyroidectomy

Рак щитовидной железы является наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью эндокринной системы и составляет 1–3% в общей структуре онкологической заболеваемости [3].

В мире ежегодно регистрируется около 150 тысяч новых случаев рака щитовидной железы. И, согласно статистике, в настоящее время отмечается стремительный рост заболеваемости данной патологией [2]. Что в большей степени связано с ростом выявляемости рака щитовидной железы вследствие внедрения в клиническую практику высокоинформативных методов исследования, позволяющих обнаруживать в щито-

видной железе непальпируемые образования размером от 4 мм [3].

Также отмечается, что среди абсолютного числа заболевших раком щитовидной железы преобладают женщины. Согласно данным ВОЗ, на их долю приходится 2,7% всех онкологических заболеваний щитовидной железы, а мужчины составляют всего лишь 0,7% [5, 7, 9]. За последние 13 лет стандартизированный показатель заболеваемости раком щитовидной железы среди женского населения вырос в 7 раз [1].

Основная доля рака щитовидной железы, порядка 90–95%, имеет фолликулярно-клеточное происхождение, остальные

5–10 % опухолей – парафолликулярного (С–клеточного) [11].

По степени дифференцировки выделяют дифференцированный, умеренно дифференцированный и недифференцированный рак щитовидной железы. Дифференцированный фолликулярно-клеточный рак, к которому относят папиллярный и фолликулярный рак, составляет 65–85 % всех злокачественных новообразований щитовидной железы и имеет благоприятный прогноз и 95 % пятилетнюю выживаемость. Однако 15 % этого рака рано метастазирует. Папиллярный рак – самая часто встречаемая форма рака щитовидной железы, составляет 80 %, фолликулярный рак встречается в 10–15 %.

Высокоагрессивные малодифференцированные формы рака, такие как анапластический и плоскоклеточный, встречаются в 1–1,6 % и связаны с высоким риском летального исхода [11, 12].

На сегодняшний день, важнейшими вопросами хирургического лечения больных раком щитовидной железы являются: определение оптимального варианта операции, а также выбор доступа в начале и в ходе операции. Выбор объема хирургического вмешательства определяется главным образом локализацией образования, размерами первичной опухоли и объемом поражения регионарных лимфатических коллекторов, наличием инвазии в те или иные анатомические структуры [8]. Стандартной операцией по удалению рака щитовидной железы является тотальная или субтотальная тиреоидэктомия. Подобный объем операции снижает риск местного рецидива заболевания, сопряжен с минимальным риском осложнений и базируется на доказанном повышении выживаемости среди больных [6].

Наиболее часто встречающиеся осложнения при операциях на щитовидной железе связаны с повреждением щитовидных артерий (0,3–5 %), возвратных гортанных нервов (0,3–13,5 %) и околощитовидных желез (3,5–34,2 %), что обусловлено высокой вариабельностью топографии данных анатомических структур [4, 10].

Исход при раке щитовидной железы зависит от нескольких факторов: размера и типа опухоли, от того, есть ли метастазы в различные части тела (головной мозг, легкие, печень), от возраста пациента на момент выявления заболевания [3].

Цель исследования: изучить частоту заболеваемости раком щитовидной железы,

половую приверженность, преобладающую морфологическую структуру, выбор оптимальной тактики лечения пациентов и риск послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования

На базе хирургического отделения № 1 ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» был проведен ретроспективный анализ 727 медицинских карт пациентов, проходивших оперативное лечение по поводу заболеваний щитовидной железы, из них рак щитовидной железы интра- или послеоперационным путем был установлен у 37 человек. В исследование включали лиц обоих полов. Из них 32 женщины (86,5 %) в возрасте от 26 до 73 лет и 5 мужчин (13,5 %) в возрасте от 40 до 66 лет. Средний возраст больных составил $51,35 \pm 1,95$: женщин – $51,53 \pm 2,17$, мужчин – $50,2 \pm 3,94$. Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Все 37 пациентов поступили в плановом порядке. При поступлении больные чаще всего предъявляли жалобы на чувство нехватки воздуха, одышку, ощущение комка или инородного тела в горле, нарушение глотания, боль в области шеи, кашель и осиплость голоса. Проводимые диагностические исследования включали в себя: исследование крови на гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4) и биохимическое исследование на уровень кальция, фосфора, ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, пункционная тонкоигльная аспирационная биопсия (ПАБ). В каждом конкретном случае выбор методики операции определялся индивидуально в зависимости от общего состояния больных и данных клинко-инструментальных методов исследования и интраоперационной ситуации.

Результаты исследования и их обсуждение

Большая часть больных находилась под наблюдением эндокринолога с диагнозами: узловой эутиреоидный зоб, диффузный токсический зоб, диффузно-узловой токсический зоб, узловой токсический зоб, гиперпаратиреоз. Продолжительность наблюдения пациентов у эндокринолога приведена в табл. 2.

У 7 (18,92 %) больных имела место сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы – гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени. У 2 (5,41 %) наблюдалось сочетание гипертонической болезни с митральной недостаточностью 2 степени, а у 1 (2,7 %) – с бронхиальной астмой и раком тела матки. В каждом конкретном случае взвешивались все показания и противопоказания к предстоящему оперативному вмешательству, оценивался операционный риск. Абсолютных противопоказаний к оперативному лечению выявлено не было.

Явления тиреотоксикоза наблюдались у 1 (2,7 %) больного в виде кардиомиопатии.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возрастные группы по ВОЗ								Всего	
	18–44		45–59		60–74		75–89			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	1	10,0	3	16,7	1	11,1	-	-	5	13,5
Женщины	9	90,0	15	83,3	8	88,9	-	-	32	86,5
Всего	10	100	18	100	9	100	-	-	37	100

Таблица 2

Продолжительность наблюдения у эндокринолога

№ п/п	Период наблюдения у эндокринолога	Количество человек	
		абс.	%
1	До 1 года	4	10,81
2	1–5 лет	24	64,86
3	5–10 лет	5	13,51
4	Более 10 лет	2	5,41
5	Не наблюдались	2	5,41

Согласно результатам биохимического анализа крови пациентов: средний уровень кальция составил $2,32 \pm 0,03$ ммоль/л при норме 2,2–2,5 ммоль/л, средний уровень фосфора – $1,24 \pm 0,06$ ммоль/л при норме 0,87–1,45 ммоль/л.

По данным УЗИ средний объем щитовидной железы составил $29,76 \pm 4,06$ см³, а средний объем узла – $4,23 \pm 0,93$ см³.

В дооперационном периоде 12 (32,43%) больным была проведена ПАБ, по результатам которой у 6 (16,22%) больных был выявлен рак щитовидной железы. Таким образом, информативность ПАБ составила 50%. У 31 (83,78%) пациента диагноз установлен при экспресс-биопсии или при послеоперационном патогистологическом исследовании.

Объем операции у данных пациентов представлен следующим образом: подавляющему числу, а именно 29 (78,38%) больным, была выполнена тиреоидэктомия. Гемитиреоидэктомия проведена в 6 (16,21%) случаях, а субтотальная резекция – в 2 (5,41%).

По данным послеоперационного патогистологического исследования выявлены следующие морфологические формы рака: папиллярная микрокарцинома, папиллярный рак, фолликулярный рак, медуллярный рак и смешанные формы рака. Распределение рака по морфологической структуре представлено в диаграмме (рисунок).

Распространенность рака щитовидной железы по морфологической структуре

При анализе ближайших послеоперационных осложнений парез гортани был вы-

явлен в 1 (2,7%) случае, кровотечение также в 1 (2,7%). Данные осложнения наблюдались только в случае проведения операции субтотальной резекции щитовидной железы.

Заключение

Таким образом, основываясь на проведенный ретроспективный анализ 37 медицинских карт пациентов, проходивших оперативное лечение по поводу рака щитовидной железы с 2014 г. по 2016 г., мы сделали вывод, что среди пациентов преобладали лица женского пола в возрасте от 45 до 59 лет. Большая часть больных, а именно 24 (64,86%), находились под наблюдением эндокринолога 1–5 лет, не наблюдались – 2 (5,41%). Значительная часть – 15 (40,54%) человек наблюдались по поводу узлового эутиреоидного зоба. Выбор тактики лечения рака щитовидной железы в каждом конкретном случае выбирался индивидуально. Большинству пациентов – 29 (78,38%) выполнялась тиреоидэктомия (полное удаление щитовидной железы), таким образом, снижался риск возникновения рецидива заболевания, так как неоправданно оставленные ткани могут повлечь вероятность его возникновения. По результатам нашего исследования, папиллярная микрокарцинома оказалась наиболее часто встречаемой формой рака щитовидной железы, была выявлена у 18 (48,65%) больных.

Список литературы

1. Гашенко А.Д. Проблема рака щитовидной железы на Кубани / А.Д. Гашенко // ГУЗ «Клинический онкологический диспансер». Материалы конференции. – 2006. – С. 31.

2. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. – 2016. – С. 250.
3. Румянцев П.О. Рак щитовидной железы. Современные подходы к диагностике и лечению / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, У.В. Румянцева, В.А. Саенко // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – С. 448.
4. Тотоева З.Н. Анализ осложнений после различных оперативных вмешательств на щитовидной железе / З.Н. Тотоева // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 6. – С. 3-37.
5. Agate L. New and old knowledge on differentiated thyroid cancer epidemiology and risk factors. / L. Agate, L. Lorusso, R. Elisei // J. Endocrinol. Invest. – 2012. – № 35. – P. 3-9.
6. Ahmed M. Hurthle cell neoplasm of the thyroid gland / M. Ahmed, H.B. Yousef, W. Greer // ANZ J. Surg. – 2008. – Vol. 78. – № 3. – P. 139-143.
7. Ferla, J. Estimation of the burden of cancer worldwide in 2008: GLOBOCAN 2008 / J. Ferlay // Int. J. Cancer. – 2010. – Vol. 127. – № 2. – P. 893-917.
8. Lee Yoon Se. Clinical implications of bilateral lateral cervical lymph node metastasis in papillary thyroid cancer: a risk factor for lung metastasis / Se Yoon Lee // Ann Surg. Oncol. – 2011. – Vol. 18. – № 12. – P. 86-92.
9. Li N. Impact of enhanced detection on the increase in thyroid cancer incidence in the United States: review of incidence trends by socio economic status with in the surveillance, epidemiology, and end results registry, 1980–2008. / N. Li, X.L. Du, L.R. Reitzel, L. Xu, E.M. Sturgis // Thyroid. – 2013. – № 23. – P. 103-105.
10. Miccoli P. Minimally invasive videoassisted thyroidectomy for benign thyroid disease: an evidencebased review / P. Miccoli, M.N. Minuto, C. Ugolini C. et al. // World J. Surg. – 2008. – № 32. – P. 1333-1340.
11. Nikiforov Y.E. Molecular diagnostics of thyroid tumors / Y.E. Nikiforov // Arch. Pathol. Lab. Med. – 2011. – Vol. 135. – № 5. – P. 569-577.
12. Xing M. Molecular pathogenesis and mechanisms of thyroid cancer / M. Xing // Nat. Rev. Cancer. – 2013. – Vol. 13. – № 3. – P. 184-199.