

С. И. Шевченко,
Р. С. Шевченко,
О. С. Цыганенко

*Харьковский национальный
медицинский университет*

© Шевченко, С. И., Шевченко Р. С.,
Цыганенко О. С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗА ПЕРИОДЫ С 1980 ПО 1986 гг. И С 2006 ПО 2012 гг.

Резюме. Был проведен сравнительный анализ клинико-морфологических характеристик и выбора объема оперативного вмешательства на ЩЖ при тиреоидном раке в разные временные периоды при тиреоидном раке.

Ключевые слова: *рак щитовидной железы, тиреоидэктомия, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия.*

Введение

Среди эндокринной патологии заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают лидирующее положение [3, 6]. Не исключением является и рак ЩЖ, который наиболее часто встречается среди злокачественных опухолей эндокринной системы и составляет в общей структуре онкологических заболеваний 1–3% [2,9]. Несмотря на столь малый процент частоты встречаемости рака ЩЖ среди злокачественных опухолей различных локализаций, интерес к данной проблеме не ослабевает до сих пор, являясь при этом одним из актуальнейших вопросов, как в онкологии, так и в эндокринологии [7, 8, 11]. Известно, что заболеваемость раком ЩЖ растет во всех странах мира и стандартизованный показатель заболеваемости варьирует от 0,8 до 9,4 случая на 100 тыс. населения в год среди женщин и от 0,6 до 2,6 случая – среди мужчин [14,15]. Что касается Украины, то распространенность рака ЩЖ в 2010 году составила 69,9 на 100 тыс. населения и по сравнению с 2005 годом количество больных увеличилось на 43,37 % [1,10]. Пик заболеваемости раком ЩЖ по данным различных авторов приходится на возраст 41–45 лет, но в наше время нередки случаи диагностики злокачественных неоплазий в молодом, юношеском, а также в детском возрасте. Таким образом, повышенный интерес ученых и врачей различных специализаций относительно проблемы злокачественных новообразований в ЩЖ обусловлен, прежде всего, быстрым ростом заболеваемости среди населения различных возрастных групп. Данная проблема, по мнению многих исследователей, интернистов, с одной стороны, связана с неблагоприятной экологической обстановкой, йодной недостаточностью, которая является фактором предрасположенности к развитию рака ЩЖ у взрослых и детей, повышенным радиационным фоном, и с другой стороны, обусловлена усовершенствованием диагностических технологий, улучшением инструментальных методов диагностики с применением тонкоигольной пункционной биопсии, выполняемой на высоком

профессиональном уровне [4, 5, 12]. Проблема тиреоидных карцином волновала и продолжает волновать. Актуальность данной проблемы является значительной и свидетельствует не только о необходимости усовершенствования существующих методов диагностики, но поиска новых, с использованием передовых технологий, разработки оптимизированного диагностического алгоритма для ранней диагностики рака ЩЖ, а также усовершенствование существующих и разработку новых лечебных алгоритмов с целью улучшения результатов лечения больных с тиреоидными неоплазиями. До сих пор, не смотря на столь пристальное изучение данной проблемы, не пришли к единому мнению относительно показаний и выбора адекватного объема оперативного вмешательства на ЩЖ при тиреоидной карциноме. На данный момент существует две точки зрения: одни считают, что независимо от размера, возраста, морфологической структуры, гормонального фона ЩЖ необходимо выполнять только тиреоидэктомию, другие же являются сторонниками проведения органосохраняющих оперативных вмешательств при интратиреоидном росте опухоли, в объеме гемитиреоидэктомии с перешейком, либо выполнение субтотальной резекции ЩЖ.

Таким образом, все вышеизложенное делает актуальным изучение вопросов, касающихся частоты встречаемости, структуры рака ЩЖ, а также изучение и проведение анализа относительно выбора объема оперативного вмешательства при различных клинико–морфологических формах опухолей ЩЖ в разные временные периоды.

Цель работы

Проведение сравнительного анализа клинико-морфологических характеристик и выбора объема оперативного вмешательства на ЩЖ в разные временные периоды при тиреоидном раке.

Материалы и методы исследований

Для большей наглядности динамики показателей встречаемости рака ЩЖ все случаи



были распределены на 2 группы, в зависимости от временного периода. В 1-ю группу вошел клинический материал, представленный 2468 больными с различными заболеваниями ЩЖ, которые находились на оперативном лечении в клинике с 1980 по 1986 гг. Среди них больных раком ЩЖ было 164 (6,64 %). Мужчин — 15 (9,14 %), женщин — 149 (90,86 %) в возрасте от 17 до 70 лет. Соотношение полов 1 : 9,9 соответственно.

Вторую группу составили 1263 больных с различными заболеваниями ЩЖ за период с 2006 по 2012 гг. Среди них больных раком ЩЖ было 178 (14,1 %) пациентов. Мужчин — 28 (15,7 %), женщин — 150 (84,3 %). Возраст на момент установления диагноза варьировал от 27 до 78 лет. Средний возраст оперированных больных составил $(45 \pm 13,1)$ лет.

Результаты исследований и их обсуждение

Если сравнивать показатели частоты встречаемости рака ЩЖ в разные временные периоды, то отмечается четкая тенденция к увеличению численности больных со злокачественными новообразованиями в тиреоидной ткани при значительном снижении количества оперированных пациентов с доброкачественными процессами. Данная ситуация свидетельствует о том, что не все больные, которые обращаются за медицинской помощью к специалистам различного профиля с узловой трансформацией направляются на оперативное лечение. Это обусловлено, прежде всего, применением с диагностической целью тонкоигольной аспирационной биопсии узлов с последующим цитологическим исследованием пунктатов. Такой подход позволяет уже на дооперационном этапе, в большинстве процентов случаев, дифференцировать характер патологического процесса в ЩЖ, определить морфологическую структуру узловых образований, а также характер изменений в паранодулярной тиреоидной ткани. Таким образом, данный подход к больным с тиреоидной патологией позволяет планировать лечебную тактику у каждого конкретного больного, и при операции дифференцировано подходить к выбору объема оперативного вмешательства.

По данным наблюдениям с 1980 по 1986 гг. папиллярный рак был зарегистрирован в 96 (58,5 %) случаях, фолликулярный в 56 (34,1 %), медуллярный в 6 (3,7 %), недифференцированный в 6 (3,7 %). Недифференцированный и средней дифференцировки рак обычно встречался у женщин и составил 7,3 % случаев. В группе мужчин недифференцированные формы рака отмечены в 0,6 %. Дифференцированные формы у женщин составили 84,1 %, а среди мужчин 8,5 % от общего числа больных раком ЩЖ. В то же время внутри групп 92,6 % и

93,3 % соответственно, что указывает на одинаково высокую частоту дифференцированных форм у мужчин и женщин. Медуллярным раком страдали только женщины и составляли 4,02 % от всех заболевших женщин. Большую частоту встречаемости недифференцированного рака у женщин (83,3 %) можно объяснить тем, что во всех наблюдениях он развивался на фоне аутоиммунного тиреоидита. Недифференцированные формы рака отмечены только после 40 лет, причем в 83,3 % наблюдений после 50 лет. Медуллярный рак также в 83,3 % наблюдений отмечен у женщин старше 40 лет и в 66,6 % наблюдений в группах от 40 до 60 лет.

Папиллярный тип рака ЩЖ во второй группе был диагностирован в 149 (83,7 %) пациентов, в 21 (11,8 %) случае — фолликулярный рак ЩЖ, у 4 (2,2%) — установлен диагноз медуллярного рака ЩЖ, анапластический у 3 (1,7 %), недифференцированный рак был верифицирован у 1 больного, что составило 0,6 % от всех больных раком ЩЖ. По гистологическому варианту карциномы среди мужчин и женщин распределились следующим образом: высокодифференцированные формы рака ЩЖ, а именно, папиллярный и фолликулярный вариант у женщин составил 67,4 % и 16,3 %, соответственно, у мужчин — 9,0 % и 2,8 % от общего числа больных злокачественными неоплазиями. Удельный вес медуллярной карциномы у женщин составил 7,3 %, у мужчин 0,6 %. Частота встречаемости недифференцированного и анапластического типов рака среди представителей различного пола была одинакова и составила 2,2 %. Медуллярный тип, а также низкодифференцированный и недифференцированный рак ЩЖ был диагностирован у больных в возрастном периоде старше 50 лет. Причем у 3-х больных недифференцированная и анапластическая форма была верифицирована у пациентов старше 70 лет. Таким образом, из приведенных данных очевидно, что в структуре тиреоидного рака преобладал папиллярный рак ЩЖ в обеих группах сравнения за разные временные периоды.

Если сравнивать показатели частоты встречаемости рака ЩЖ в разные возрастные периоды, то получаются следующие данные: до 29 лет с 1980 по 1986 гг. рак ЩЖ был диагностирован у 23 (14 %) пациентов, с 2006 по 2012 гг. у 11 (6,2 %) больных, с 30 до 39 лет — у 35 (21,3 %) и у 26 (14,6 %) больных соответственно группам различных временных периодов, с 40 до 49 лет — у 37 (22,6 %) и у 53 (29,8 %) пациентов, с 50 до 59 — у 44 (26,8 %) и у 54 (30,3 %), старше 60 лет — у 25 (15,3 %) и 34 (19,1 %) соответственно. Характеризуя распределение пациентов по возрасту заболевших раком ЩЖ отмечается рост частоты тиреоидных карцином у больных старше 40 лет за период с 2006 по 2012 гг.,

о чем свидетельствуют полученные данные. Так, если за период с 1980 по 1986 гг. в возрастной группе 40–49 лет зафиксировано 22,6 % случаев тиреоидных карцином, то в 2006 по 2012 гг. этот показатель увеличился на 7,8 %. Темп роста заболеваемости раком ЩЖ зарегистрирован и в возрастных группах 50–59 лет и старше 60 и составил на 3,5 % и 3,8 % случаев больше соответственно, чем в 1980–1986 гг. Также нами было отмечено снижение частоты встречаемости рака ЩЖ в возрастных группах до 29 лет и с 30 до 39 лет за 2006 по 2012 гг. на 7,8 % и 6,7 %, соответственно. Результаты, полученные при анализе возрастных групп в разные временные периоды о частоте встречаемости злокачественных неоплазий в ЩЖ, подтверждаются и литературными источниками, которые свидетельствуют о том, что тиреоидные раки ассоциированы с возрастом и полом больных. По американским данным, средний возраст установления диагноза рака ЩЖ равен 47 годам. Распределение больных по возрасту (до 20 лет – 2,1 %, между 20 и 34 годами – 18,2 %, между 35 и 44 – 23,3 %, между 45 и 54 – 22,9 %, между 55 и 64 – 15,2 %, между 65 и 74 – 10,7 %, между 75 и 84 – 6,1 % и старше 84 лет – 1,3 %) свидетельствует о том, что около 65 % новообразований выявляется до 55 лет, за исключением, возможно, анапластической карциномы[14, 16, 17, 18].

Распределение больных с раком ЩЖ в зависимости от характера опухоли, наличия метастазирования в лимфатические узлы и наличия отдаленных метастазов по классификации TNM в разные временные периоды представлены в табл. 1. В нашей статье нами использовалась международная классификация онкологических болезней (2-е издание ВОЗ, 1990 г.) для сведения результатов и анализа полученных данных, относительно исследуемых групп в разные временные периоды.

Таблица 1

Распределение больных с раком ЩЖ в зависимости от характера опухоли, наличия метастазирования в лимфатические узлы и наличия отдаленных метастазов по классификации TNM в разные временные периоды

TNM	1980-1986 гг.		2006- 2012 гг.	
	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
T ₁ N ₀ M ₀	51	31,1	82	46,1
T ₂ N ₀ M ₀	45	27,4	23	12,9
T ₃ N ₀ M ₀	0	0	9	5,1
T ₄ N ₀ M ₀	0	0	11	6,2
T ₁₋₂ N ₁ M ₀	20	12,2	25	14
T ₃ N ₁ M ₀	29	17,7	28	15,7
T ₄ N ₀₋₁ M ₁	19	11,6	0	0

По стадии опухолевого процесса больные с раком ЩЖ в разные временные периоды с 1980 по 1986 гг. и с 2006 по 2012 гг. распределены следующим образом: у 96 (58,5 %) и у 91

(51,1 %) пациента установлена 1-я стадия, у 20 (12,2 %) и у 59 (33,1 %) – 2-я стадия, у 29 (17,7 %) и у 37 (20,8 %) – 3-я стадия соответственно. У 19 (11,6 %) больных 4-я стадия заболевания была диагностирована лишь у пациентов с 1980 по 1986 гг. наблюдения.

Все больные были прооперированы. Распределение больных раком ЩЖ в зависимости от стадии и объема оперативного вмешательства в разные временные периоды представлены в табл. 2.

Таблица 2

Распределение больных раком ЩЖ в зависимости от стадии и объема оперативного вмешательства в разные временные периоды

Объем оперативного вмешательства	1980-1986 гг.				2006-2012 гг.			
	Стадии РЩЖ				Стадии РЩЖ			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	Количество больных				Количество больных			
Тиреоидэктомия		2	23	3	44	8		
ТЭ + ФФИШК			6		30	51	36	
Гемитиреоидэктомия + ФФИШК		9		1				
Субтотальная резекция ЩЖ + ФФИШК		8						
Субтотальная резекция ЩЖ	27	1		2				
Субтотальная резекция доли ЩЖ	23							
Гемитиреоидэктомия и перешейка ЩЖ	9							
Гемитиреоидэктомия и субтотальная резекция контрлатеральной доли ЩЖ	24				17			
Гемитиреоидэктомия	13							
Резекция перешейка ЩЖ				13			1	

Из приведенных данных в таб. 2 видно, что из 164 больных раком ЩЖ за период с 1980 по 1986 гг. подавляющее большинство больных оперировано в I стадии заболевания, и, как правило, это были дифференцированные формы карциномы. При I стадии дифференцированного рака в тот период времени допустимыми было выполнение органосохраняющих операций: у 13 пациентов была выполнена гемитиреоидэктомия, у 23 субтотальная резекция доли ЩЖ (при наличии опухоли расположенной в одной доли); у 27 больных произведено субтотальную резекцию и у 9 – гемитиреоидэктомию с перешейком. Данный объем оперативного вмешательства выполнялся при наличии множественных опухолей в обеих долях, а также при поражении одной доли и перешейка. Во II стадии 9-ти больным была выполнена субтотальная резекция ЩЖ, 2-м – тиреоидэктомия, 9-ти – гемитиреоидэктомия с фасциально-фулярным иссечением шейной клетчатки (ФФИШК). В 8 случаях субтотальную резекцию ЩЖ соче-



тали с ФФИШК. В III стадии у 29-ти пациентов выполнялись только тиреоидэктомии, из них у 6-ти данный вид оперативного вмешательства сочетался с ФФИШК. В стадии IV (19) при дифференцированных формах рака с целью декомпрессии трахеи выполнялись резекции перешейка (13). При недифференцированных формах объем оперативного вмешательства был разный, и цель заключалась в восстановлении трахеальной проходимости, а не в радикальности. Что касается выбора объема оперативного вмешательства у больных с тиреоидной карциномой за период с 2006 по 2012 гг., то тактика изменилась. Согласно современной тактике хирургического лечения больных с раком ЩЖ операцией выбора для пациентов с T₁ и T₂ без наличия метастатических изменений в лимфатических узлах шеи было выполнено оперативное вмешательство в объеме тиреоидэктомии. Тем пациентам, которым подтверждено метастатическое поражение лимфатических узлов шеи, особенно VI-го уровня регионарного метастазирования была выполнена тиреоидэктомия с диссекцией центральной клетчатки шеи лимфатических узлов. Таким образом, в 95 % анализируемых случаях за период с 2006 по 2012 гг. больным с раком ЩЖ произведена тиреоидэктомия или тиреоидэктомия с дис-

секцией центральной клетчатки шеи и лимфатических узлов. Пациентам, которым выполнялась гемитиреоидэктомия и субтотальная резекция контрлатеральной доли ЩЖ в дальнейшем по рекомендациям радиологов была произведена окончательная тиреоидэктомия.

Выводы

Анализируя данные, которые были получены в ходе нашего исследования мы пришли к такому заключению, что большое значение в выборе тактики ведения пациентов с различными заболеваниями ЩЖ, а также в выборе объема оперативного вмешательства у больных тиреоидной карциномой колоссальное значение имеет проведение на высоком профессиональном уровне тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии узловых образований ЩЖ на догоспитальном этапе. Это позволяет, в первую очередь, выявить больных на ранних стадиях заболевания и предупредить развитие запущенных форм тиреоидных неоплазий, а в дальнейшем при проведении оперативных вмешательств у данной категории больных возникновение послеоперационных осложнений: повреждения возвратных гортанных нервов, развитие гипокальциемии и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аналіз діяльності ендокринологічної служби України у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією / О. С. Ларін, В. І. Паньків, М. І. Селіваненко, О. О. Грачова // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2011. — № 3(35). — С. 10-18.
2. Берштейн Л. М. Онкоэндокринология: традиции, современность и перспективы. / Л. М. Берштейн — СПб.: Наука, 2004. — 343с.
3. Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы. Руководство / Е. А. Валдина. — СПб.: Питер. 2005. — 368 с.
4. Герасимов Г. А. Чернобыль: 20 лет спустя. Роль дефицита йода в развитии заболеваний щитовидной железы после аварии на Чернобыльской АЭС / Г. А. Герасимов, Дж. Фигге. — М., 2006. — 40 с.
5. Гринева Е. Н. Узловые образования щитовидной железы: диагностика и врачебная тактика. Автореф. дисс. д.м.н. — СПб., 2004. — 41 с.
6. Клинико-морфологическая характеристика рака щитовидной железы / С. И. Шевченко, Б. М. Брук, А. В. Сивожезов, Р. С. Шевченко // Актуальные вопросы патологической анатомии (Юбилейный сборник научных трудов, посвященный 100-летию со дня рождения профессора Г. Д. Дермана). — 1990. — С. 237-244.
7. Лушников Е. Ф. Микрокарцинома щитовидной железы / Е. Ф. Лушников, Б. М. Втюрин, А. Ф. Цыб. — М.: Медицина, 2003. — 261 с.
8. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы // Эндокринная хирургия. — 2008. — № 1(2). — С. 35
9. Рак щитовидной железы / П. О. Румянцев, А. А. Ильин, У. В. Румянцева, В. А. Саенко — М.: ГЭОТАР Медиа, 2009. — С. 29-30
10. Романчишин А. Ф. Рак щитовидной железы — проблемы эпидемиологии, этиопатогенеза и лечения / А. Ф. Романчишин, В. А. Колосюк, Г. О. Богатурия — СПб.: WELCOME, 2003. — 256 с.
11. Спорные вопросы тактики лечения дифференцированного рака щитовидной железы / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Е. А. Трошина [и др.] // Пробл. эндокринол. — 2008. — Т. 54, № 2. — С. 1422.
12. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: руководство / О. К. Хмельницкий. — СПб.: СОТИС, 2002. — 286 с.
13. Kloos R. T. Thyroid Cancer Recurrence in Patients Clinically Free of Disease with Undetectable or Very Low Serum Thyroglobulin Values / R. T. Kloos // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2010. — Vol. 95, № 12. — P. 5241-5248
14. Niedzila M. Pathogenesis, diagnosis and management of thyroid nodules in children / M. Niedzila // Endocrine-Related Cancer — 2006. — Vol. 13. — P. 427-453.
15. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer / D. S. Cooper, G. M. Doherty, B. R. Haugen [et al.] // Thyroid. — 2009. — Vol. 19, № 11. — P. 1167-1214.
16. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2003. National Cancer Institute / L. A. G. Ries, D. Harkins, M. Krapcho [et al.]
17. Thyroid carcinoma / R. M. Tuttle, D. W. Ball, D. Byrd [et al.] // J. Natl Compr. Canc. Netw. — 2010. — Vol. 8. — P. 1228-1274.
18. TNM residual tumor classification revisited / C. Wittekind, C. C. Compton, F. L. Greene [et al.] // Cancer. — 2002. — Vol. 94. — P. 2511-2516.



ПОРІВНЯЛЬНА КЛІНІКО-
МОРФОЛОГІЧНА
ХАРАКТЕРИСТИКА РАКУ
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА
ПЕРІОДИ З 1980 ПО 1986 рр..
І З 2006 ПО 2012 рр.

*С. І. Шевченко,
Р. С. Шевченко,
О. С. Циганенко*

Резюме. Було проведено порівняльний аналіз клініко - морфологічних характеристик і вибору обсягу оперативного втручання на ЩЗ у різні терміни при тиреоїдному раці.

Ключові слова: *рак щитоподібної залози, тиреоїдектомія, тонкоголкова аспіраційна пункційна біопсія.*

COMPARISON OF CLINICAL
AND MORPHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF
THYROID CANCER FROM
1980 TO 1986
AND FROM 2006 TO 2012

*S. I. Shevchenko,
R. S. Shevchenko,
O. S. Tsyganenko*

Summary. A comparative analysis of clinical and morphological characteristics and the scope choice of surgical intervention on the thyroid gland in different time periods with thyroid cancer.

Key words: *thyroid cancer, thyroidectomy, fine needle aspiration needle biopsy.*