

Досвід застосування комп'ютерної томографії в діагностиці метастатичного ураження лімфатичних вузлів шиї при раку щитоподібної залози

М. О. Уріна, О. А. Товкай

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

Вступ. Рак щитоподібної залози — загальна клінічна проблема. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність пальпованих вузлів щитоподібної залози (ЩЗ) становить близько 5 % у жінок та 1 % у чоловіків. Клінічне значення виявлення вузлів ЩЗ полягає у необхідності заперечити рак, який розвивається у 7—15 % випадків залежно від віку, статі, історії радіаційного опромінення, сімейного анамнезу та інших факторів. Протягом останнього десятиліття частота раку ЩЗ збільшилась удвічі. Це пов'язано, напевне, з покращенням діагностики пухлинних захворювань за рахунок широкого використання ультразвукового дослідження (УЗД), тонкогілкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ), цитологічного дослідження та методів молекулярного тестування.

Високодиференційований рак ЩЗ (папілярний та фолікулярний варіанти) включає переважну більшість (> 90 %) усіх видів цієї онкологічної патології. Якщо диференційовані карциноми виявляють на ранніх стадіях, прогноз захворювання є сприятливим у 90 % випадків.

Медулярний рак ЩЗ — форма тиреоїдного раку, що виникає з парафолікулярних клітин (С-клітин), які виділяють гормон кальцитонін. Ця форма раку становить від 1 % до 3 % від загальної кількості злоякісних новоутворень ЩЗ. Медулярний рак може бути одиничним або поєднуватися з новоутвореннями інших ендокринних органів при синдромі множинної ендокринної неоплазії (МЕН).

Алгоритм діагностики раку ЩЗ включає: УЗД, ТАПБ вузлів ЩЗ та лімфатичних вузлів шиї, лабораторні тести, а також комп'ютерну томографію (КТ) органів шиї, грудної та черевної порожнини. КТ може бути інформативна для випадкового виявлення вузла ЩЗ, вивчення метастазів у вузлах ЩЗ, пере-

допераційної візуалізації при інвазивному процесі, підозрі на наявність спадкової форми медулярного раку як складової синдрому МЕН, а також для оцінки ризику рецидиву захворювання після лікування.

Мета роботи — на підставі результатів аналізу клінічних випадків із практики УНПЦЕХ, ТЕОІТ оцінити отримані дані КТ, зіставити їх зі змінами лабораторних показників, сформулювати основні критерії диференційної діагностики метастатичного ураження лімфовузлів при різних гістологічних варіантах раку ЩЗ.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані досліджень 139 пацієнтів (108 жінок та 31 чоловіка) віком від 20 до 70 років, яким проведено обстеження та лікування у Центрі. Пацієнтам виконана КТ органів шиї та грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням. Аналіз характеру змін у лімфатичних вузлах включав такі критерії: локалізація змін (колектор шиї), форма, розмір, контури, структура, денситометричні характеристики, стан періодулярних тканин. За наявності клініко-лабораторних змін, характерних для МЕН, стандартний протокол сканування органів шиї та грудної клітки при раку ЩЗ (35 с після введення контрастної речовини) був доповнений венозною (60 с) та відтермінованою (15 хв) фазами. Проведено дослідження області типового та ектопічного розташування прищитоподібних залоз. Окрім цього, здійснено оцінку стану надниркових залоз та підшлункової залози. Отримані дані порівняли з результатами оперативних втручань та гістопатологічного дослідження.

Результати та обговорення. У 139 випадках (100 %) виявлено метастатичне ураження лімфатичних вузлів шиї. У всіх випадках були метастази в одному або кількох типових для карцином ЩЗ лімфатичних колекторах шиї (III, IV, V, VI). Змінені лім-

фовузли частіше мали округлу (рідше — овальну) форму, діаметр — від 5 мм до 35 мм, чіткі та нерівні (у більшості випадків) контури, не містили жирових воріт. Гіперваскулярні (які інтенсивно накопичують контрастну речовину) лімфовузли визначили у 139 випадках; у 98 (70 %) випадках вузли містили кальцинати, у 118 (84 %) випадках — кістозний компонент. Вогнищеві зміни вторинного характеру у легенях відзначено у 16 (11,5 %) випадках. Метастатичне ураження печінки виявлено у 5 (3,6 %) випадках, із них гіперваскулярні вогнища та кальцинати — у 3 випадках, тільки кальцинати — у 2 випадках.

Аденому прищитоподібної залози визначено у 3 (2,2 %) випадках (солідне гіперваскулярне утворення овальної форми, з чіткими рівними контурами), утворення наднирників — у 23 (16,5 %) випадках.

Висновки. Комп'ютерна томографія — інформативний метод візуалізації у разі метастатичного ураження органів шиї, тому що на підставі харак-

терних радіологічних патернів дає змогу виявити топічне розташування і припустити гістологічний варіант раку ЩЗ. Дані КТ мають важливе значення для передопераційної та післяопераційної оцінки характеру патологічного процесу (злаякісний чи доброякісний), а також для диференційної діагностики з ураженням лімфатичних вузлів шиї нетиреоїдного генезу. При підозрі на наявність синдрому МЕН з допомогою КТ можна виявити утворення прищитоподібної залози та надниркових залоз, що дає можливість запобігти розвитку ускладнень під час хірургічного лікування (наприклад, нерегульованої гіпертензії у випадку інциденталом наднирників), а також повторному оперативному втручанню (при гормонально активних утвореннях прищитоподібних залоз).

Ключові слова: високодиференційований рак щитоподібної залози, медулярний рак щитоподібної залози, метастази раку щитоподібної залози, синдром множинної ендокринної неоплазії.

Особливості перебігу поєднаної патології папілярного раку та доброякісного захворювання щитоподібної залози

В. В. Хазієв, В. М. Дубовик, Є. П. Корчагін, Н. І. Гойденко,
Л. В. Герасименко, М. Є. Сазонов, Н. Г. Філоненко, О. В. Тяжелова

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», Харків

Мета роботи — визначити особливості перебігу поєднаної патології папілярного раку та доброякісного захворювання щитоподібної залози.

Матеріали та методи. З метою визначення особливостей перебігу пухлинних захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) проведено патоморфологічне дослідження операційного матеріалу 196 хворих на папілярний рак щитоподібної залози (ПРЩЗ), яким виконано оперативне втручання у хірургічному відділенні клініки ДУ «ІПЕП НАМН України» за період 2017—2019 рр. У дослідженні операційного матеріалу використовували Міжнародну гістологічну класифікацію пухлин ендокринних органів (Pathology and genetics of tumours of endocrine organs, 2009).

Патоморфологічне дослідження проводили за допомогою комплексу гістологічних методик із використанням мікроскопа Granum R-60 з подальшим мікрофотографуванням та мікроскопа Primo Star (CarlZeiss) із використанням програм AxioCam (ERc 5s) та Microsoft Excel. Для загальної оцінки стану досліджуваних тканин здійснювали забарвлення гематоксиліном та еозином, для виявлення та диференціації сполучнотканинних структур — забарвлення фуксином на еластичні волокна за Вейгертом із додатковим забарвленням пікрофуксином за Ван Гізоном.

Результати та обговорення. За даними нашого дослідження, частота ПРЩЗ у жінок у 4,5 рази вища, ніж у чоловіків (87,7 % і 12,3 % відповідно).