

МНОГООУЗЛОВОЙ ЗОБ И РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Г.А. Баранов^{1*}, Ю.К. Александров²¹ ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва² ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль

NODULAR GOITER AND THYROID CANCER: EVALUATION OF DIAGNOSTIC TACTICS OPTIONS

G.A. Baranov^{1*}, Yu.K. Aleksandrov²¹ Russian University of Medicine, Moscow, Russia² Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

*E-mail: bga.prof@yandex.ru

Аннотация

На основании ретроспективного анализа 7043 операций на щитовидной железе установлено, что внедрение современных диагностических методов вызвало увеличение числа операций как по поводу многоузлового зоба, так и рака щитовидной железы. В структуре оперированной патологии имеется выраженный тренд на увеличение случаев дифференцированного рака щитовидной железы. При многоузловом зобе предпочтение отдается радикальному лечению, при раке щитовидной железы спектр операций шире, он определяется стадийностью процесса и возрастом пациентов.

Ключевые слова: многоузловой зоб, рак щитовидной железы, ультразвуковая диагностика, цитология, операция.

Abstract

A retrospective analysis of 7,043 operation on the thyroid found that the introduction of modern diagnostic methods caused an increase in the number of operations for multinodular goiter and thyroid cancer. In the structure of the operated pathology, there is a pronounced trend towards an increase in cases of differentiated thyroid cancer. At the patients with a multinodular goiter radical treatment is preferred. At the thyroid cancer the range of operations is wider, it is determined by the stage of the process and the age of the patients.

Keywords: multinodular goiter, cancer, ultrasound diagnosis, cytology, surgery.

Ссылка для цитирования: Баранов Г.А., Александров Ю.К. Многоузловой зоб и рак щитовидной железы: оценка вариантов диагностической тактики. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2024; 4: 31–33.

Введение

Многоузловой зоб (МУЗ) является основной патологией щитовидной железы (ЩЖ) [1]. Рак щитовидной железы (РЩЖ) встречается значительно реже и не является доминирующим в структуре заболеваний ЩЖ [2]. По всем регионам мира заболеваемость МУЗ и РЩЖ неоднородна, но почти во всех странах отмечается рост заболеваемости данной патологией, особенно в йододефицитных регионах [3]. При этом отмечено, что РЩЖ часто развивается на фоне МУЗ. МУЗ, формирующийся длительно, на протяжении многих лет, является частым предиктором для диспластических процессов в щитовидной железе. Самыми обсуждаемыми вопросами научных публикаций последних лет являются как трактовка диагностических находок при МУЗ [4], так и варианты хирургического пособия при спорных результатах диагностики МУЗ [5]. Неоднозначной является оценка имеющихся клинических проявлений, признаков патологии при ультразвуковом исследовании (УЗИ), цитологических заключений при МУЗ и РЩЖ и их приоритетности при формулировке диагноза, а также реальная возможность дооперационной диагностики «раннего» рака на фоне неизменной ЩЖ, либо трансформированной ЩЖ по типу МУЗ.

Цель исследования – изучить влияние модифицируемой диагностической тактики у пациентов с МУЗ на частоту

выявления РЩЖ и изменение хирургической тактики в связи с изменяющимися структурными показателями выявляемой онкопатологии ЩЖ.

Материалы и методы

В ходе ретроспективного нерандомизированного когортного сплошного исследования проведен анализ хирургического лечения 7043 пациентов, проживающих на территории региона с умеренным йододефицитом, которые были оперированы по поводу МУЗ и РЩЖ в различные временные периоды: с 1974 по 1980 г. (995 операций), с 1985 по 1990 г. (544 операции), с 1994 по 1998 г. (1324 операции), с 2014 по 2018 г. (2743 операции) и с 2019 по 2023 г. (1437 операций). Снижение оперативной активности в 2020–2021 гг. было связано с эпидемией COVID-19.

Всем пациентам на этапе предоперационного обследования выполняли тот спектр диагностических методик, который был в арсенале медицинских технологий на то время. На первом этапе (1974–1980 гг.) преобладало клиническое исследование. В период с 1985 по 1990 г. пациентам избирательно выполняли УЗИ ЩЖ. В третьей группе (этап 1994–1998 гг.) пациентам в обязательном порядке выполняли УЗИ ЩЖ, а тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ) – избира-

тельно. В четвертой группе пациентов (2014–2018 гг.) в обязательном порядке применяли УЗИ и ТАПБ под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием с использованием систем TIRADS [6] и Bethesda [7]. В пятой группе (2019–2023 гг.) оценку проводили согласно методическим рекомендациям [8] с использованием системы EU-TIRADS [9], компьютерной томографии (КТ) и второй версии системы Bethesda. Оценку эффективности предоперационного обследования проводили с использованием критериальных тестов и данных патоморфологического исследования. Статистическую обработку выполняли с использованием программы Statistica 10.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов оперативного лечения заболеваний ЩЖ показал, что при абсолютном росте числа операций существенно изменилась структура выявляемой патологии. В первый анализируемый период (1974–1980 гг.) были оперированы 995 человек, среди которых РЩЖ был диагностирован у 56 (5.6%). Во втором временном диапазоне (1985–1990 гг.) выполнены 544 операции, в т.ч. 47 (8.6%) по поводу РЩЖ. За пятилетний период (1994–1998 гг.), когда начали активно применяться инструментальные методы обследования, были оперированы 1324 пациента, из них опухоли ЩЖ были у 188 (18.9%) пациентов. За следующие пять лет (2014–2018 гг.) были оперированы 2743 человека с патологией ЩЖ, среди них по поводу опухолей ЩЖ операции были выполнены 457 (16.7%) пациентам. Из этого числа у 296 (10,8%) пациентов при патоморфологическом исследовании выявлен РЩЖ. За период с 2019 по 2023 г. было выполнено 1437 операции, в т.ч. 192 (13.4%) пациентам по поводу РЩЖ.

Доля пациентов, оперированных по поводу РЩЖ, повышалась от 5.6% (первый период) до 13.4% (пятый период). При анализе было отмечено изменение структуры опухолевой патологии вследствие возрастания числа больных с дифференцированным РЩЖ. Относительное число больных с дифференцированным раком щитовидной железы за 1974–1980 гг. составило 55.8% (папиллярный – 38.5%, фолликулярный – 17.3%). С началом использования активной диагностической тактики отмечено увеличение числа пациентов с дифференцированным РЩЖ до 73.8% (папиллярный РЩЖ – 54.1%, фолликулярный РЩЖ – 29.7%). Существенно снизилось число больных с анапластическим РЩЖ (с 10.8 до 1.0%). Вместе с тем ранняя диагностика позволила выявить и редкие варианты онкопатологии щитовидной железы. В двух случаях установлен лимфогранулематоз щитовидной железы и проведен курс терапии с положительным эффектом. У одной пациентки при патоморфологическом исследовании была установлена ретикулосаркома, еще у одной – плоскоклеточный рак (метастаз); обем в последующем проведено комбинированное лечение, включавшее радикальные операции, курсы лучевой и химиотерапии.

Инструментальная оценка распространенности онкологического процесса показала, что активная диагностическая тактика, основывающаяся на современных технических и интеллектуальных решениях [10], дает положительные результаты для выявления онкологических случаев патологии щитовидной железы на ранних

стадиях I–IIa (T1–2N0M0). Так, если в первый период их было 51.3%, то в 1994–1998 гг. уже в два раза больше – 78.1%, а в 2019–2023 гг. – 83.4%. Благодаря более современной диагностике и своевременной госпитализации уменьшилось число случаев встречаемости в стационаре пациентов со стадией IIIa (с 11.2 до 4.2%), а с метастатическим поражением лимфатических узлов шеи – с 21.8 до 15.6%. Еще более показательным было уменьшение количества больных с 23,1 до 2,1% при запущенных формах РЩЖ (IV стадия).

О том, что такая динамика является результатом рациональной диагностической тактики, свидетельствует более частое выявление РЩЖ у лиц в возрасте 20–40 лет. В 1985–1990 гг. пациенты в возрасте до 40 лет составляли 17.2%; в 2014–2018 годах – 19,7%, а в 2019–2023 гг. – уже 26.0%. Число же больных старше 50 лет с выявленным РЩЖ уменьшилось с 60.0% в 1985–1990 гг. и 54.9% в 1994–1998 гг. до 37.5% в период 2014–2018 гг. Следует отметить, что регистрируется абсолютный и относительный рост числа больных с РЩЖ, и это, несомненно, настораживает и заставляет более внимательно подходить к данному факту. Но, принимая во внимание то, что для дифференцированных форм РЩЖ характерен медленный рост, можно сказать, что использование современных диагностических методов позволило своевременно оказать помощь пациентам на ранних стадиях заболевания. Также необходимо отметить, что в последние годы 65.6% пациентов поступили в стационар с уже морфологически верифицированным на догоспитальном этапе диагнозом.

Изменение структуры патологии ЩЖ не могло не сказаться на объеме и качестве оказываемой хирургической помощи. Увеличилось количество операций типа гемитиреоидэктомии с 67 (1974–1980 гг.) до 723 (2014–2018 гг.), в т.ч. и при РЩЖ T1–2N0M0. Вместе с тем увеличилось число радикальных операций (тиреоидэктомий) с 218 (1974–1980 гг.) до 1453 (2014–2018 гг.). Увеличение числа тиреоидэктомий объяснялось в первую очередь необходимостью радикализма при локализации опухоли в перешейке (T2N0M0), а также выявлением РЩЖ на фоне МУЗ. Выросло число радикальных операций при МУЗ, что закономерно привело к снижению числа рецидивов МУЗ. Уменьшилось число условно органосохраняющих операций: в 1974–1980 гг. хирургами были выполнены 693 резекций ЩЖ (69.6% от числа операций), в 1985–1990 гг. – уже 343 (63.1%). Тенденция продолжилась, резекций ЩЖ в 1994–1998 гг. было сделано 643 (48.6%), в 2014–2018 гг. – 567 (20,7%), в 2019–2023 гг. – 303 (21,1%). Значительно снизилось число операций типа расширенной биопсии при распространенном раке щитовидной железы (IV стадия) – с 12.8% (1974–1980 гг.) до 1.2% (2014–2018 гг.). Достоверного снижения числа операций по удалению лимфоузлов IV коллектора типа фасциальной футлярной лимфаденэктомии не установлено. Однако число операций по удалению клетчатки с лимфоузлами VI коллектора выросло значимо, с единичных операций в 1994–1998 гг. до 68 (2.5%) операций в 2014–2018 гг. и 58 (4.0%) в 2019–2023 гг.

По данным анализа в настоящее время вопрос индивидуализации хирургической тактики при РЩЖ является одним из наиболее значимых. При начальных стадиях РЩЖ предпочтение отдается радикальным вмешательствам (тиреоидэктомии) и органосохраняющим опе-

рациям типа гемитиреоидэктомии с истмусэктомией. При большом распространении опухолевого процесса выполняются радикальные операции, нацеленные на полное удаление опухоли и метастазов. Вынужденным радикализмом объясняется возможность повреждения возвратных нервов (9 больных), с необходимостью выполнения трахеостомии (2.1% наблюдений). Активная тактика по выполнению радикальных операций за все представленные временные диапазоны, нацеленная на тиреоидэктомию и удаление лимфатического аппарата шеи (IV и VI коллекторы), не привела к росту летальности и увеличению числа осложнений. За этот период не было зарегистрировано ни одного летального случая в послеоперационном периоде.

Изменение подхода к выбору оперативного пособия было продиктовано не только оценкой морфологических и топических особенностей опухолей ЩЖ и МУЗ. Отсутствие эффективной химиотерапии при РЩЖ сделало невозможным отказ от радикальной операции. При МУЗ отказ от радикальной операции приводил к развитию рецидива. Однако такие операции продолжают выполняться. Решением проблемы стала система инструментального послеоперационного мониторинга, нацеленная на раннее выявление рецидива опухоли и метастазов. При динамическом наблюдении в течение первых трех лет признаки продолжающейся опухолевой инвазии установлены у 7.3% больных в виде местного рецидива опухоли и метастазов в регионарные лимфоузлы. При проведении прицельной ТАПБ под контролем УЗИ у двух больных с подозрением на рецидив признаков опухолевого роста установлено не было. Всего из 59 повторных вмешательств при подозрении на продолженный рост опухоли в двух случаях диагноз был снят, так как в зоне операции патоморфологически был установлен выраженный фиброз и рубцовые изменения ткани.

Заключение

В настоящее время совершенствование диагностики патологии щитовидной железы привело к выявлению в структуре многоузлового зоба более высокого процента встречаемости онкологических заболеваний.

Особенностью структуры онкопатологии щитовидной железы является преобладание дифференцированных форм РЩЖ, что характерно в регионе с незначительным йододефицитом.

Изменение структуры онкопатологии оказывает влияние на объем лечения, основными принципами которого должны быть индивидуальность и адекватность. Данный подход к лечению способствует снижению числа возможных осложнений. Инструментальный мониторинг является обязательным компонентом наблюдения в послеоперационном периоде в целях объективизации контроля за радикальностью выполненной операции и эффективностью заместительной терапии.

Литература

1. Пастернак И.А. и др. Классификационные и диагностические аспекты патологии щитовидной железы на современном этапе (обзор литературы) // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2020. – № 1. – С. 108–115. [Pasternak I.A. et al. Classification and diagnostic aspects of thyroid pathology at the present stage (literature review) // Journal of Siberian

- Medical Sciences. – 2020. – No 1. – P. 108–115. In Russian].
2. Решетов И.В. Консенсус по лечению больных дифференцированным раком щитовидной железы T1N0M0 // Head and Neck/Голова и шея. Российское издание. Журнал Общероссийской общественной организации «Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи». – 2023. – Т. 11. – № 3. – С. 85–98. [Reshetov I.V. et al. Consensus on the treatment of patients with differentiated thyroid cancer T1N0M0 // Head and Neck/Head and Neck. Russian edition. Journal of the All-Russian Public Organization Federation of Specialists in the treatment of head and neck diseases. – 2023. – V. 11. – No 3. – P. 85–98. In Russian]. DOI 10.25792/HN.2023.11.3.85-98.
3. Ahn H.S. et al. Korea's thyroid-cancer “epidemic” – screening and overdiagnosis // New England Journal of Medicine. – 2014. – V. 371. – No 19. – P. 1765–1767.
4. Майстренко Н.А. и др. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы // Военно-медицинский журнал. – 2018. – Т. 339. – № 1. – С. 37–46. [Maistrenko N.A. et al. Modern approaches to the diagnosis and surgical treatment of thyroid diseases // Military Medical Journal. – 2018. – V. 339. – No 1. – P. 37–46. In Russian].
5. Paschke R. et al. European thyroid association guidelines regarding thyroid nodule molecular fine-needle aspiration cytology diagnostics // European thyroid journal. – 2017. – V. 6. – No 3. – P. 115–129. DOI: 10.1159/000468519.
6. Horvath E. et al. An ultrasonogram reporting system for thyroid nodules stratifying cancer risk for clinical management // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2009. – V. 94. – No 5. – P. 1748–1751.
7. Cibas E.S. et al. The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology // Thyroid. 2017. – V. 11. – No 27. – P. 1341–1346. DOI: 10.1089/thy.2017.0500.
8. Russ G. Management of thyroid nodules // Rev. Prat. – 2017. – V. 67. – No 6. – P. 663–668.
9. Абросимов А.Ю. и др. Система классификации цитопатологии щитовидной железы Бетесда (пересмотр 2017 г.). Перспективы диагностики опухолей щитовидной железы и оптимизация тактики ведения пациентов // Новости клинической цитологии России. – 2017. – Т. 21. – № 3–4. – С. 23–31. [Abrosimov A.Yu. et al. Classification system cytopathology of the thyroid gland Bethesda (revised 2017). Prospects for the diagnosis of thyroid tumors and optimization of patient management tactics // News of clinical cytology of Russia. – 2017. – V. 21. – No 3–4. In Russian].
10. Сенча А.Н. Ультразвуковое исследование щитовидной железы. Шаг за шагом. От простого к сложному. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – 208 с. [Sencha A.N. Ultrasound examination of the thyroid gland. Step by step. From simple to complex. – Moscow: MEDpress-inform, 2019. – 208 p. In Russian]