

Анализ частоты рецидива и метастазов высокодифференцированного рака щитовидной железы

Э.В. Савенок¹, Е.С. Минакова¹, О.В. Рыжих^{1,2}, Е.Д. Панов¹, Е.А. Карапетян¹

¹БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»; Россия, 394036, Воронеж, ул. Вайцеховского, 4;

²кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России; Россия, 394036, Воронеж, ул. Студенческая, 10

Контакты: Ольга Валерьевна Рыжих ryzhix04@yandex.ru

Проведен анализ частоты рецидива и метастазов при высокодифференцированном раке щитовидной железы у больных за период с 2009 по 2013 гг.

В исследование включены 189 больных раком щитовидной железы, из них 98 (51,9 %) больных папиллярным раком щитовидной железы, 77 (40,7 %) фолликулярным и 14 (7,4 %) — медуллярным раком.

Из 98 больных папиллярным раком щитовидной железы у 2,04 % пациентов был обнаружен рецидив, а у 1,0 % больных — лимфогенные метастазы рака. При фолликулярном раке ($n = 77$) лимфогенное метастазирование отмечено в 7,8 % случаев, рецидив — в 1,3 %. Данный анализ показал, что при наблюдении за больными в течение 5 лет больший процент метастазирования выявлен при фолликулярном раке щитовидной железы.

Ключевые слова: узловые образования щитовидной железы, рак щитовидной железы, фолликулярный рак щитовидной железы, папиллярный рак щитовидной железы, лимфогенные метастазы, гемитиреоидэктомия, тиреоидэктомия, рецидив, частота рецидивов, частота метастазов

DOI: 10.17650/2222-1468-2015-1-19-21

Analysis of relapse rate and metastases of high differentiated thyroid cancer

E. V. Savenok¹, E. S. Minakova¹, O. V. Ryzhikh^{1,2}, E. D. Panov¹, E. A. Karapetyan¹

Voronezh Regional Clinical Oncological Dispensary; 4 Vaitsekhovskogo St., Voronezh, 394036, Russia;

Department of Oncology, Radiation Therapy, and Radiation Diagnostics of N. N. Burdenko Voronezh State Medical Academy, Ministry of Health of Russia; 10 Studencheskaya St., Voronezh, 394036, Russia

Analysis of rate of relapses and metastases with well-differentiated thyroid cancer was performed for patients in 2009 to 2013.

The study involved 189 patients with thyroid cancer including 98 (51.9 %) patients suffering from papillary thyroid cancer, 77 (40.7 %) patients suffering from follicular thyroid cancer, and 14 (7.4 %) patients suffering from medullary thyroid cancer.

2.04 % of the 98 patients suffering from papillary thyroid cancer manifested a relapse, and lymphogenic metastases of cancer were revealed with 1.0 % of patients. With follicular thyroid cancer ($n = 77$), lymphogenic metastases were registered in 7.8 % of cases, relapses were revealed in 1.3 % of cases. This analysis demonstrated that observation of patients for 5 years revealed a higher percentage of metastases with patients that suffered from follicular thyroid cancer.

Key words: nodal metastases of the thyroid gland, thyroid cancer, follicular thyroid cancer, papillary thyroid cancer, lymphogenic metastases, hemithyroidectomy, thyroidectomy, relapse, relapse rate, metastasis rate

Несмотря на относительно скромное место рака щитовидной железы в структуре злокачественных опухолей, проблема его лечения в последние десятилетия серьезно волнует ученых и врачей из различных областей медицины. Это во многом связано с крайне быстрым ростом заболеваемости среди лиц молодого и среднего возраста [1].

Залогом успешного лечения узловых заболеваний щитовидной железы считается их своевременная диагностика и морфологическая верификация, раннее распознавание узлов опухолевой природы,

что особенно трудно при непальпируемых образованиях [2, 3].

Ошибки диагностики на дооперационном этапе и неадекватно выполненные хирургические вмешательства у 17–28 % больных приводят к необходимости выполнения реоперации на шее [4–6].

По данным литературы, диагностика регионарных метастазов шеи имеет свои особенности. Они заключаются в том, что увеличение лимфатических узлов возникает не только в ответ на поражение их метастазами, но и реактивно, при воспалительных изменени-

ях. Это приводит к ошибкам двоякого рода: гипердиагностике — интерпретации увеличенных узлов как метастатических при отсутствии в них опухолевого поражения и гиподиагностике — при наличии метастазов в непальпируемых, а также увеличенных лимфатических узлах, клинически определяемых как неметастатические. Процент указанных ошибок колеблется, по данным различных авторов, от 5–10 до 50 % и даже 70 % [7].

Если при большинстве злокачественных опухолей в первую очередь учитывается выживаемость больных, то применительно к высокодифференцированному раку щитовидной железы важное значение приобретает не только продолжительность жизни, но и частота рецидивов и метастазов опухоли [1].

Материалы и методы

В исследование включены 189 больных, находившиеся на учете в Воронежском областном клиническом онкологическом диспансере в период с 2009 по 2013 г. Обработка накопленного статистического материала проводилась с учетом пола, возраста, стадии опухолевого процесса и гистологической характеристики. Методы обследования были стандартизированы и включали: осмотр и пальпацию щитовидной железы и путей лимфооттока, осмотр слизистой полости рта, ларингоскопию, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ультразвуковое исследование и сцинтиграфию щитовидной железы.

Результаты

Из 189 пациентов у 98 (51,9 %) больных был папиллярный рак щитовидной железы, у 77 (40,7 %) — фолликулярный и у 14 (7,4 %) — медулярный.

При папиллярном раке щитовидной железы пациенты были в возрасте от 22 до 78 лет. Большинство из них в возрасте старше 50 лет (30,6 %). Средний возраст больных составил — $57,2 \pm 0,95$ года.

В группе больных с фолликулярным раком щитовидной железы было 22 мужчины и 55 женщин, большинство из них в возрасте старше 50 лет (32,4 %).

Из 98 пациентов с папиллярным раком щитовидной железы тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией была выполнена у 56 (57,1 %) больных. В 14 (25 %) случаях после тиреоидэктомии обнаружены метастазы в пре- и паратрахеальных лимфатических узлах. У 2 (3,6 %) пациентов по данным сцинтиграфии

через 2 года в ложе удаленной щитовидной железы обнаружены узловые образования до 1,0 см в диаметре с цитологическим заключением — рак. По поводу рецидива папиллярного рака щитовидной железы этим больным выполнены повторные операции. В 1 случае после операции через год выявлено лимфогенное метастазирование, по поводу чего выполнена операция на лимфопутях шеи.

У 13 (13,3 %) больных в дооперационном периоде обнаружены увеличенные лимфатические узлы шеи с одной стороны, интерпретированные клинически, ультразвуковыми, морфологическими данными как метастатические. Этим больным выполнена тиреоидэктомия с фасциально-футлярным иссечением лимфатических узлов и клетчатки шеи с одной стороны. В данной группе лимфогенное метастазирование подтверждено плановым гистологическим исследованием. В 29 (29,6 %) случаях выполнена операция в объеме гемитиреоидэктомии, так как размер узлов в данной группе пациентов не превышал 2,0 см в диаметре. При динамическом наблюдении за больными в течение 5 лет убедительных данных за рецидивы и метастазы не выявлено.

Из 77 больных фолликулярным раком щитовидной железы тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией была выполнена у 48 (62,3 %) больных. В 4 (5,2 %) случаях через 3 года после операции по данным ультразвукового исследования были обнаружены лимфатические узлы от 1,5–2,0 см в диаметре на боковой поверхности шеи, морфологически подозрительные по принадлежности к раку щитовидной железы. Данным больным выполнена операция в объеме фасциально-футлярного иссечения лимфатических узлов и клетчатки шеи на стороне поражения. В ложе удаленной щитовидной железы остаточной ткани не обнаружено. Плановая гистология подтвердила наличие метастазов в лимфатических узлах.

Выводы

Таким образом, из 98 больных папиллярным раком щитовидной железы у 2,04 % пациентов был обнаружен рецидив, а у 1,0 % — лимфогенные метастазы рака. При фолликулярном раке лимфогенное метастазирование отмечено в 7,8 % случаев и в 1,3 % — рецидив. Данный анализ показал, что при наблюдении за больными в течение 5 лет больший процент метастазирования выявлен при фолликулярном раке щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барчук А.С. Рецидивы дифференцированного рака щитовидной железы. Практическая онкология 2007;8(1):35–41. [Barchuk A.S.

Relapses of differentiated thyroid cancer. Prakticheskaya onkologiya = Practical Oncology 2007;8(1):35–41 (In Russ.).]

2. Пинский С.Б., Дворниченко В.В., Белобородов В.А. Опухоли щитовидной железы. Иркутск, 1999. [Pinskiy S.B.,

Dvornichenko V.V., Beloborodov V.A. Thyroid gland tumors. Irkutsk, 1999 (In Russ.).

3. Hegedus L., Bonnema S.J., Bennedbaek F.N. Management of simple nodular goiter: current status and future perspectives. *Endocr Rev* 2003;24(1):102–32.

4. Новожилова Е.Н. Показания к повторным операциям при раке щитовидной железы. *Онкология на рубеже веков. М., 1999. С. 270–271.* [Novozhilova E.N. Indications for repeated surgical operations with thyroid cancer. *Oncology at the turn of the century. Moscow, 1999. Pp. 270–271 (In Russ.)*].

5. Чиссов В.И., Олшанский В.О., Трофимова Е.Ю., Новожилова Е.Н. Показания к повторным операциям при раке щитовидной железы. *Российский онкологический журнал* 1998;1:27–9. [Chissov V.I., Olshanskiy V.O., Trofimova E.Yu., Novozhilova E.N. Indications for repeated surgical operations with thyroid cancer. *Rossiyskiy Onkologicheskiy Zhurnal = Russian Journal of Oncology* 1998;1:27–9 (In Russ.)].

6. Яйцев С.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика, пути профилактики и прогнозирования рака щитовидной же-

лезы. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 2000. С. 43. [Yaitsev S.V. Clinical and epidemiological characteristics, methods of prevention and prognosis of thyroid cancer. Author's abstract ... of MD thesis. Chelyabinsk, 2000. P. 43 (In Russ.)].

7. Duren M., Siperstein A.E., Shen W. et al. Value of stimulated serum thyroglobulin levels for detecting persistent or recurrent differentiated thyroid cancer in high- and low-risk patients. *Surgery* 1999;126(1): 13–9.