

Рак щитовидной железы

 Г.А. Червякова, Д.З. Каменский, Е.Н. Томилова, А.Н. Коджая

Кафедра госпитальной терапии № 1 Лечебного факультета РГМУ

Кафедра эндокринологии РГМУ

Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова, г. Москва

Специализация в медицине повысила точность диагностики и эффективность лечения большинства болезней. Больные, как правило, обращаются сначала к участковому терапевту, который ставит предварительный диагноз и направляет их для детального обследования к специалисту, а нередко и в стационар. Тем не менее своевременность диагностики и лечения в значительной мере зависит от решения, принятого терапевтом.

Увеличение лимфатических узлов может служить одним из признаков различных заболеваний, в пожилом возрасте оно нередко становится одним из проявлений злокачественной опухоли. Перечень этих заболеваний можно найти в терапевтических справочниках, однако не во всех источниках есть указание на то, что причиной увеличения лимфатических узлов может явиться **рак щитовидной железы (ЩЖ)**.

Рак ЩЖ — нечасто встречающаяся опухоль (менее 1% всех случаев злокачественных новообразований). Его дифференцированные формы имеют относительно благоприятное течение с пятилетней выживаемостью около 60–80%. Наиболее часто встречающиеся формы рака ЩЖ (папиллярный и фолликулярный) составляют 60 и 30% всех раков ЩЖ соответственно, более злокачественные варианты (апластический и медулярный) — около 10%. По данным Franssilla K.O., метастазы в лимфатические узлы при папиллярном раке ЩЖ наблюдались у 42% пациентов. Пятилетняя выживаемость при папиллярном раке ЩЖ составила 85%, а при фолликулярном — 54%.

Приводим случай посмертной диагностики злокачественной опухоли ЩЖ, ос-

новным проявлением которой было увеличение шейных лимфатических узлов.

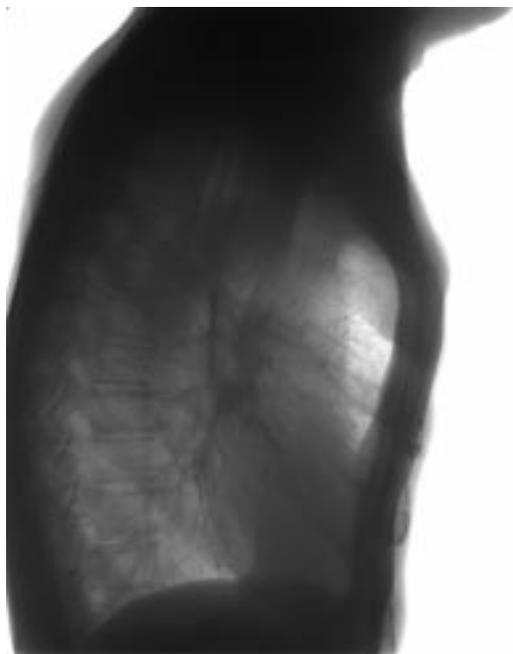
Клиническое наблюдение

Больной К., 62 лет, был госпитализирован в кардиологическое отделение с **жалобами** на одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, сопровождающуюся затрудненным вдохом и чувством нехватки воздуха, слабость. Имелись также боли за грудиной сжимающего характера (прием нитроглицерина — без эффекта).

Из анамнеза известно, что пациент страдал артериальной гипертензией на протяжении длительного времени, адаптирован к артериальному давлению (АД) 130/100 мм рт. ст. В 2000 г. перенес инфаркт миокарда. Наблюдался по месту жительства с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения, II функциональный класс. Артериальная гипертензия III стадии. У эндокринолога не наблюдался. В семейном анамнезе по линии отца имелись случаи рака щитовидной железы.

Состояние постепенно ухудшалось с октября 2004 г., когда появилась слабость, стал отмечать увеличение шейных и подмышечных лимфатических узлов. Поводом для госпитализации стало появление одышки в покое (за неделю до поступления в клинику).

Состояние при поступлении средней тяжести. Температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Телосложение правильное, питание пониженное. Кожные покровы бледные, с умеренным диффузным цианозом. Отмечается затрудненный продолжительный вдох с участием вспомогательной дыхательной



Рентгенограмма грудной клетки в боковой проекции: дополнительная тень спереди от трахеи однородной структуры.

мускулатуры. В легких выслушиваются сухие рассеянные хрипы. Частота дыхания — 26/мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, частота сердечных сокращений — 90/мин. АД — 140/90 мм рт. ст. Пальпируются группы лимфатических узлов в над- и подключичной области и единственный узел в подмышечной области справа. Узлы при пальпации плотные, безболезненные, подвижные, не спаяны с кожей и окружающими тканями. Размер их варьирует от 0,5 до 3 см. В надключичной области пальпируется неподвижный конгломерат, плотно спаянный с окружающими тканями. Щитовидная железа при пальпации увеличена незначительно, плотноватой консистенции, подвижна. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

На электрокардиограмме — перегрузка правых отделов сердца, гипертрофия миокарда левого желудочка.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 152 г/л, тромбоциты — 277×10^9 /л, лейкоциты — $8,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы палочкоядерные — 7%, сегментоядерные — 70%, эозинофилы — 3%, лимфоциты — 16%, моноциты — 4%, СОЭ — 29 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок — 61,1 г/л (норма 67–87 г/л), холестерин — 6,0 ммоль/л (норма до 5,7 ммоль/л), другие стандартные показатели в пределах нормы.

На обзорной **рентгенограмме грудной клетки** определяется расширение тени верхнего средостения в обе стороны. В боковой проекции — дополнительная тень спереди от трахеи однородной структуры (рисунок).

При ультразвуковом исследовании органы брюшной полости и почки без грубой патологии, лимфатические узлы брюшной полости не увеличены.

Эзофагогастродуоденоскопия: эзофагит, поверхностный гастрит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы: контуры ровные, размеры правой доли $18 \times 29 \times 54$ мм, левой доли — $25 \times 20 \times 52$ мм. Толщина перешейка — 8 мм (норма до 4 мм). В перешейке определяется гипэхогенный, умеренно неоднородный, с неровными контурами узел размером $6,5 \times 4,7$ мм. Общий объем ЩЖ — $26,6 \text{ см}^3$ (норма до 25 см^3).

Для проведения дифференциальной диагностики был удален шейный лимфатический узел из надключичной области. При **гистологическом исследовании:** большую часть узла занимает опухольевая ткань — аденокарцинома с наличием перстневидных клеток.

За время пребывания в стационаре аппетит у пациента был снижен, он потерял в весе 5 кг, нарастали симптомы сдавления трахеи. Больной умер во сне.

Результаты вскрытия: щитовидная железа размером $6 \times 3 \times 2,5$ см, плотная на ощупь, перешеек несколько увеличен в

размерах. Из области перешейка исходит опухолевое образование, располагающееся по передней поверхности трахеи. Его размеры: высота 7 см, ширина 6 см, толщина 2,5 см, на разрезе плотная серая ткань. Обнаружены увеличенные лимфатические узлы: шейные, над- и подключичные (до 1 см в диаметре), паратрахеальные (2,5 см), бифуркационные и пульмональные (до 1,5 см), а также лимфатический узел диаметром 0,8 см около нижней трети пищевода. В обоих надпочечниках белые плотные узлы диаметром 1 и 1,5 см. Микроскопическое исследование ткани ЩЖ: фолликулярный рак с переходом в недифференцированный рак.

Клинико-анатомический диагноз: злокачественная опухоль щитовидной железы с метастазами в регионарные лимфатические узлы, перикард, эпикард и надпочечники. Осложнением основного заболевания стало сдавление трахеи опухолью щитовидной железы, приведшее к острой дыхательной недостаточности, которая и послужила непосредственной причиной смерти больного.

Обсуждение

Больной был госпитализирован с нарастающей одышкой, которая вначале была расценена как кардиальная (с учетом перенесенного инфаркта миокарда). При осмотре было установлено, что имеет место стенотическое дыхание, предположительно обусловленное нарушением проходимости верхних дыхательных путей. Были предприняты попытки выяснить причину затруднения дыхания, а также увеличения лимфатических узлов. В первую очередь, дифференциальный диагноз проводился с наиболее часто встречающимися в терапевтической практике заболеваниями, сопровождающимися увеличением лимфатических узлов (лимфогранулематоз, лейкозы, саркоидоз, метастатическое поражение и др.). Не исключалось первичное опухолевое поражение лимфатических узлов. Одновременно проводилась борьба с

явлениями гипоксии и поддержание сердечно-сосудистой системы. Быстро наступивший летальный исход не позволил поставить прижизненный диагноз.

Вопрос о раке ЩЖ должен возникать у врача общей практики или терапевта, когда в соответствии с обязательным алгоритмом физикального обследования (необходима тщательная пальпация ЩЖ!) выявляется:

- узел (узлы) в ЩЖ (узловой эутиреоидный зоб);
- увеличение лимфатических узлов шеи;
- сочетание вышеперечисленных признаков;
- метастазы в легких или костях.

Понятие **“узловой эутиреоидный зоб”** относится к разным по морфологии узлам ЩЖ: узловой коллоидный зоб, фолликулярная аденома, узлоподобные уплотнения при хроническом аутоиммунном тиреоидите, кисты и, наконец, рак ЩЖ. Пальпаторно выявляемые узлы (более 1 см в диаметре) имеются примерно у 5% населения. Однако лишь у 1 из 20 таких пациентов узлы имеют признаки злокачественного роста. **К наиболее подозрительным в отношении рака ЩЖ относятся узлы:**

- быстрорастущие, плотные;
- вызывающие парез голосовых связок и, тем более, сдавление органов шеи;
- у детей;
- у женщин моложе 30 лет;
- у мужчин старше 50 лет;
- при отягощенном семейном анамнезе.

Ультразвуковое исследование ЩЖ позволяет уточнить локализацию и распространенность процесса. Метастазы фолликулярного рака способны захватывать йод (осуществляя синтез тиреоглобулина и, реже, тиреоидных гормонов), что используется при **радиоизотопной диагностике** и при лечении радиоактивным йодом. Как правило, **“функционирующая”** злокачественная опухоль ЩЖ является фолликулярным раком. В случае выявления узла позволяет верифицировать диагноз **аспирационная тон-**

коигольная биопсия ЩЖ, желательна под контролем ультразвукового исследования. Оснований для диагностических ошибок при данном алгоритме обследования мало.

Более сложные диагностические коллизии возникают при диагностике **причин увеличения шейных лимфатических узлов**. При раке ЩЖ они обычно плотные, могут быть спаянными между собой или с окружающими тканями, наиболее рано обнаруживаются по ходу сосудистого пучка и грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В случае одновременного выявления узла в ЩЖ вероятность рака ЩЖ становится очень высокой. Если же узел в ЩЖ не пальпируется, то диагностический поиск идет, прежде всего, по пути исключения первичного поражения лимфатической системы, а также рака полости рта и гортани. Алгоритм должен включать ультразвуковое исследование ЩЖ для выявления непальпируемых узлов (обычно менее 1 см).

В нашем наблюдении возможность запущенного рака ЩЖ была недооценена из-за того, что внимание было акцентировано на других причинах увеличения лимфатических узлов шеи и стеноза трахеи.

Подходы к лечению

Как правило, для лечения больных переводят в специализированное отделение, где решается вопрос о тактике. Прежде всего определяется необходимость и срочность вмешательства (в том числе паллиативного) по поводу нередко возникающего сдавления дыхательных путей увеличенными лимфатическими узлами или самой опухолью ЩЖ. В нашем наблюдении активность в этом направлении оказалась недостаточной.

В настоящее время при раке ЩЖ применяется **тиреоидэктомия, лечение радиоактивным йодом и рентгенотерапия**.

Во всех случаях оперативного лечения узлового зоба удаленную опухоль направляют на экспресс-диагностику, и операцию заканчивают только после получения результатов гистологического исследования.

При злокачественной опухоли ЩЖ объем вмешательства зависит от стадии процесса: производится тотальная тиреоидэктомия с удалением лимфатических узлов и вовлеченных в процесс окружающих тканей. В тех случаях, когда опухоль локализуется в одной доле ЩЖ, резекции подлежит и вторая доля, так как в большинстве случаев через внутриорганные лимфатические пути опухоль распространяется и на вторую долю железы, кажущуюся интактной.

После удаления злокачественной опухоли ЩЖ назначается терапия тиреоидными гормонами для подавления секреции тиреотропного гормона и торможения роста единичных клеток опухоли, которые могли остаться после операции.

Рекомендуемая литература

- Балаболкин Н.И. Эндокринология. М., 1998.
- Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей. М., 2001. С. 491–512.
- Майкл Т., Дермотт М. Секреты эндокринологии. М., 1998. С. 257–267.
- Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей / Под ред. Чиссова Н.И. М., 1993. С. 187–200.
- Потемкин В.В. Эндокринология. М., 1999. С. 234–242.
- Хеглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / Под ред. Тареева Е.М. М., 1997. С. 475–478.
- Эндокринология: Пер. с англ. / Под ред. Лавина Н. М., 1999. С. 571–577.
- Fransilla K.O. Is the differentiation between papillary and follicular carcinoma valid? // Cancer. 1973. V. 32. P. 853–864.
- Harwood J., Clark O.H., Dunphy J.E. Significance of lymph node metastases in differentiated thyroid cancer // Amer. J. Surg. 1978. V. 136. P. 107–112.
- Snimke R.N. Multiple endocrine adenomatosis syndromes // Amer. J. Med. Gen. 1990. V. 37. P. 375–376.
- Tollefsen H.R., Shah J.P., Yuvos A.G. Papillary cancer of the thyroid // Amer. J. Surg. 1972. V. 124. P. 468–472.