

## Особенности течения и лечения фолликулярного рака щитовидной железы

М.А. Енгибарян, Ю.В. Ульянова, А.А. Барашев

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Контакты: Марина Александровна Енгибарян [mar457@yandex.ru](mailto:mar457@yandex.ru)

*В статье приводится клиническое наблюдение фолликулярного рака щитовидной железы (РЩЖ). Макроскопически и микроскопически фолликулярный рак часто неотличим от фолликулярной аденомы, что создает определенные трудности в дифференциальной диагностике и определении тактики лечения. Описан редкий случай контрлатерального единичного метастаза в трубчатую кость фолликулярного РЩЖ с длительным анамнезом заболевания, указаны сложность до-, интра- и послеоперационной диагностики, а также возможности хирургического лечения.*

**Ключевые слова:** рак щитовидной железы, метастаз, хирургическое лечение

### Follicular thyroid cancer: course and treatment

M.A. Engibaryan, Yu. V. Ulyanova, A.A. Barashev

Rostov Research Oncology Institute, Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don

*The paper gives a clinical observation of follicular thyroid cancer. The latter is frequently indistinguishable from follicular adenoma macroscopically and microscopically, which gives rise to certain difficulties in differential diagnosis and treatment policy. It describes a rare case of a contralateral metastasis from follicular thyroid cancer to the tubular bone with a long history of the disease and indicates the complexity of pre-, intra-, and postoperative diagnosis and the possibilities of surgical treatment.*

**Key words:** thyroid cancer, metastasis, surgical treatment

Рак щитовидной железы (РЩЖ) в структуре онкологической заболеваемости составляет 0,4–2,0 %. Распространенность РЩЖ составляет 0,5–4 случая на 10 000 населения, выявляемых ежегодно, соотношение заболевших женщин и мужчин составляет 2,3: 1; средний возраст больных – 40–50 лет. Отдаленные метастазы при РЩЖ встречаются в 7–11 % случаев. К высокодифференцированным карциномам щитовидной железы (ЩЖ) относят папиллярный и фолликулярный типы, которые составляют 90–95 % всех случаев РЩЖ [1–4]. Фолликулярный РЩЖ – дифференцированная злокачественная опухоль из фолликулярного эпителия. Его доля в структуре злокачественных новообразований ЩЖ составляет около 10–15 %. Пяти- и десятилетняя выживаемость составляет 85–95 % и 70–86 % соответственно. Обычно заболевание протекает бессимптомно и проявляется в виде узла в ЩЖ. При пальпации определяется эластичный узел, смещающийся при глотании. Несмотря на обширные научные исследования, проблема диагностики, в том числе и интраоперационной, фолликулярного РЩЖ остается актуальной.

Макроскопически и микроскопически фолликулярный рак часто неотличим от фолликулярной аденомы, что создает определенные трудности в дифференциальной диагностике, а следовательно, в определении

тактики лечения. Фолликулярный РЩЖ метастазирует преимущественно гематогенно в легкие, кости, головной мозг и другие органы. Отдаленные метастазы диагностируются приблизительно у 11–20 % больных. При этом менее половины из них определяется на момент установления диагноза, большая часть выявляется спустя достаточно длительный период от момента начала специфического лечения. Метастазы в легких у большинства больных сопровождаются генерализацией заболевания. Метастазы в костях чаще бывают множественными, имеют остеолитический характер, чаще локализуются в плоских костях (позвонки, ребра, кости таза и черепа). Для метастазирования в кости характерно медленное прогрессирование.

Основным этапом лечения фолликулярного РЩЖ является хирургический. Минимальный объем хирургического вмешательства – удаление пораженной доли с перешейком ЩЖ. В послеоперационном периоде в зависимости от гистотипа опухоли и наличия регионарных и отдаленных метастазов проводятся лучевая терапия, радиоiodтерапия, гормонотерапия, химиотерапия (в качестве паллиативного метода).

С целью продемонстрировать сложность диагностики и выбора тактики лечения фолликулярного РЩЖ приводим следующее клиническое наблюдение.



Рис. 1. Макропрепарат

**Больная М.**, 1965 года рождения, поступила в отделение опухолей головы и шеи РНИОИ 27.09.2013 с жалобами на опухоль на шее, боли в области правого плеча.

Из анамнеза — опухоль на шее заметила около 15 лет назад, к врачу не обращалась, лечилась народными средствами, опухоль постепенно увеличивалась в размерах, нарушений глотания и охриплость больная не отмечает. 13.08.2013 после падения у больной диагностирован перелом правой плечевой кости; по месту жительства выполнена иммобилизация.

При осмотре — лимфатические узлы шеи не увеличены, в проекции левой доли имеется узел до 6 см в диаметре, плотной консистенции, ограниченно подвижный, безболезненный, смещающийся при глотании; при непрямой ларингоскопии — трахея смещена вправо, легкий парез левой голосовой складки; имеется ограничение подвижности правой руки, в области правого плеча имеется болезненная припухлость, кожа без признаков воспаления. Рентгенограмма органов грудной клетки от 16.09.2013 — в легких без очагов, корни дифференцируются, синусы свободны.

Ультразвуковое исследование от 17.09.2013 — объемное образование в проекции левой доли ЩЖ ( $6,2 \times 4,3 \times 7,2$ ); магнитно-резонансная томография (МРТ) правого плеча от 19.09.2013 — МР-картина характерна для метастатического поражения правой плечевой кости с патологическим переломом хирургической шейки; радиоизотопная диагностика от 18.09.2013 — скинтиграфические признаки локальных остеодеструктивных изменений костей скелета верхней трети правой плечевой кости с переходом в область плечевого сустава ( $4,0 \times 5,7$  см);



Рис. 2. Замещение дефекта эндопротезом

пункционная биопсия опухоли ЩЖ (и. а № 24582–3) — фолликулярная аденома на фоне зоба с кистообразованием.

Электрокардиография от 30.09.2013 — левый передний гемиблок, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого желудочка, нельзя исключить фиброзные изменения задне-нижних отделов, признаки нарушения восстановительных процессов в субэндокарде передних отделов левого желудочка.

02.10.2013 выполнено хирургическое вмешательство на ЩЖ.

Макропрепарат: опухоль до 7 см в диаметре, с толстой капсулой, занимает всю левую долю ЩЖ; на разрезе — гомогенное кашицеобразное содержимое желтоватого цвета (рис. 1). Результат гистологического исследования — атипичная аденома, фолликулярный рак с некрозами и инвазией в фиброзную капсулу железы и сосуды.

14.10.2013 выполнена трепан-биопсия в/3 правой плечевой кости: цитологическое исследование — материал метастатического характера, морфологически соответствует злокачественному новообразованию из фолликулярного эпителия ЩЖ, фиброз, обилие макрофагов; гистологическое исследование — фрагменты компактной костной ткани, одиночные компоненты опухолевых клеток, метастаз.

08.11.2013 выполнена операция: резекция в/3 правой плечевой кости с опухолью, замещение дефекта эндопротезом ProSpan (рис. 2). Гистологическое исследование — метастаз карциномы, вероятнее всего, ЩЖ.

В послеоперационном периоде больной назначена лучевая терапия на область первичного очага и пути регионарного метастазирования.

Данное наблюдение демонстрирует редкий случай контрлатерального единичного метастаза в трубчатую

кость фолликулярного РЩЖ с длительным анамнезом заболевания (15 лет), а также возможности хирургического лечения. Несмотря на разработанные стандарты

в диагностике и лечении РЩЖ, в некоторых случаях требуется индивидуальный подход при выборе лечебно-диагностической тактики.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Румянцев П.О. Рефрактерность высокодифференцированного рака щитовидной железы к лечению радиоактивным йодом. Опухоли головы и шеи 2013;3:11–5.

2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000. 300 с.

3. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб.: ИПК «Вести», 2009. С. 259–283.

4. Румянцев П.О., Ильин А.А., Румянцева У.В., Саенко В.А. Рак щитовидной железы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 447 с.