

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Федулова Татьяна Васильевна, Тихомирова Галия Имамутдиновна  
ФГБОУ ВО "Ижевская Государственная Медицинская Академия" Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Ижевск

### КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Федулова Татьяна Васильевна, Тихомирова Галия Имамутдиновна  
Олий таълим Федерал давлат бюджет таълим муассасаси "Ижевск Давлат Тиббиёт Академияси" Россия Федерацияси соғликни сақлаш вазирлиги, Ижевск ш.

### MODERN APPROACH TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THYROID CANCER IN ELDERLY AND OLD PEOPLE

Fedulova Tatyana Vasilievna, Tikhomirova Galiya Imamutdinovna  
FSBEI HE "Izhevsk State Medical Academy" MH UR, Russian Federation, Izhevsk

e-mail: [fedulova17@yandex.ru](mailto:fedulova17@yandex.ru), [galla-tix@mail.ru](mailto:galla-tix@mail.ru)

**Резюме.** *Замонавий тиббий-ижтимоий муаммолар орасида қалқонсимон без (ҚБ) касалликлари долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Яхшиланган диагностика ўзининг самарасини беради: ЖССТ статистикасига кўра Россия Федерациясининг ҳар иккинчи – учинчи фуқаросида ҚБ касалликларининг белгилари мавжуд, бутун Россия бўйлаб жами бир миллион одам буқоқ билан озғийди. Эндокрин тизим аъзоларининг патологиялари ичида ҚБ касалликлари қандли диабетдан сўнг иккинчи ўринда туради. Охирги ўн йил давомида тадқиқотчи – жаррохлар, функционал диагностика билан шугулланувчи врачлар ҚБ касалликлари тугунли ҳосилалар ва дифференциациялашган саратон ҳисобига ошиб бораётганидан хавотирда эканлигини таъкидлаб ўтишмоқда. Ҳаммага маълумки, ҚБ касалликлари келиб чиқишининг сабабларидан бири – бу йод танқислигидир, яъни кўпгина касалликлар ривожланиши учун мойил омил сифатида хизмат қилади, шунингдек буқоқнинг тугунли шаклларида ҳам. Ушбу патология билан озғиган беморлар сони ҳар йили ёшлар орасида 0,08-0,1 %га, кекса ва қари ёшдагилар орасида 2%га ошади.*

**Калит сўзлар:** қалқонсимон без ҳосилалари, хирургик даволаш, кекса ва қари ёшдаги беморлар.

**Abstract.** *Among modern medical and social problems, one of the most urgent is thyroid disease. Improved diagnostics gives its result: according to WHO statistics, every second or third citizen of our country has signs of thyroid disease, in total there are more than one million patients with goiter in Russia. In the structure of pathogen status of the endocrine system organs, thyroid diseases in terms of frequency of occurrence take the second place after diabetes. Over the past ten years, many researchers, surgeons, functional diagnosticians have noted particular concern due to the increase in the prevalence of thyroid diseases, mainly due to nodular goiter and differentiated carcinoma. As you know, one of the causes leading to the occurrence of thyroid diseases is iodine deficiency, which serves as a predisposing factor for the development of many diseases, including nodular form of goiter. The annual increase in patients with this pathology is: at a young age 0.08-0.1%, in the elderly – 2%.*

**Keywords:** neoplasms of the thyroid gland, surgical treatment, elderly and senile age.

Гериатрическая хирургическая практика получила широкое распространение во всем мире и является одной из самых современных медико-социальных проблем. По данным некоторых авторов [1] в настоящее время лица старшей возрастной категории в РФ составляют пятую часть всего населения страны, из них около 11,2% – в возрасте старше 80 лет. При этом отмечено, что более половины случаев злокачественных новообразований ЩЖ выявляется у лиц старше 70 лет [5].

Уже в течение многих лет повсеместно отмечается рост числа больных с заболеваниями щитовидной железы в основном за счет узловых форм зоба и дифференцированного рака [4]. Несмотря на то, что среди злокачественных опухолей рак щитовидной железы (РЩЖ) занимает скромное второе место, составляя по данным авторов [5] 0,4-2,0% в структуре онкологической заболеваемости, тем не менее, он является второй по частоте после рака яичников злокачественной опухолью желез внутренней секреции. Так, на-

пример, за последние 10 лет в РФ рак щитовидной железы отмечался у 60,7 человек на 100000 населения. Ежегодный прирост этой патологии составил 5,9 на 100 тыс. населения. При этом заболеваемость РЩЖ подвержена значительным колебаниям в зависимости от региона РФ. Заболеваемость раком щитовидной железы в Удмуртской республике (УР) по данным государственной статистики за последние 10 лет составила 56,5 на 100 тыс. населения. При этом наблюдался ежегодный прирост заболеваемости, составив 6,8 на 100 тыс. населения. По прогнозу некоторых исследователей [2] данная патология имеет тенденцию к распространению и к 2023 году может составить 10,2 на 100 тыс. населения. Это обстоятельство обусловлено преобладающим воздействием на территории УР (эндемичном регионе) ряда этиологических факторов заболевания, основными из которых являются дефицит йода и селена, радионуклидное загрязнение (в одном из регионов республики имеется захоронение радиоактивных веществ).

Интерес к проблеме РЩЖ у лиц пожилого и старческого возраста вызван прежде всего трудностью ранней диагностики, поздней обращаемостью данной категории лиц за медицинской помощью, а также развивающимися осложнениями как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде, что нередко является причиной ухудшения качества жизни пациентов, а иногда и её продолжительности.

Обычно у категории лиц пожилого и старческого возраста РЩЖ выявляется на фоне зобно-измененной тиреоидной ткани (аденома ЩЖ, узловой коллоидный эутиреоидный зоб, иногда диффузный тиреоидный зоб). Некоторые исследователи [5] отмечают, что в старческом возрасте, причем, у женщин в 3 раза чаще, чем у мужчин на фоне неизменной в 40,2% случаев или зобно-трансформируемой тиреоидной ткани в 59,8% клинических случаев развивается одна из наиболее злокачественных опухолей ЩЖ -недифференцированный рак [3].

Возможность раннего выявления пациентов с узловыми формами заболеваний ЩЖ растет в связи с совершенствованием диагностических технологий. Недостаточность и противоречивость научных данных за последние годы не позволяет рассматривать проблему, в частности при наличии узлов в ЩЖ, упрощенно.

Расширение набора диагностических методов приводит к тому, что все большее число специалистов включается в лечебно-диагностические мероприятия, тем самым появляются разные подходы к оценке результатов дополнительных методов исследования и увеличению числа диагностических ошибок. Во всем мире не существует единого общепризнанного протокола обследования и

лечения больных с заболеваниями ЩЖ, нет единого подхода к лечебно-диагностическим мероприятиям среди пациентов пожилого и старческого возраста. Остается малоизученной проблема послеоперационных осложнений после вмешательства на ЩЖ по поводу рака в зависимости от возраста пациентов.

Не изучены также целесообразность, определение показаний и противопоказаний к выполнению повторных хирургических вмешательств при рецидиве РЩЖ у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Целью** нашего исследования явилось изучение эффективности дифференцированного подхода к диагностике и лечебной тактике среди пациентов пожилого и старческого возраста со злокачественными опухолями щитовидной железы.

#### **Задачи исследования:**

1. Провести сравнительный анализ диагностических мероприятий у пациентов пожилого и старческого возраста для выявления РЩЖ на ранней стадии;

2. установить структуру заболеваний ЩЖ, предшествующих развитию рака в зависимости от возраста;

3. оценить информативность тонкоигольной аспирационной биопсии и контрольного УЗИ на дооперационном этапе среди пациентов пожилого и старческого возраста при РЩЖ;

4. изучить структуру послеоперационных осложнений у больных РЩЖ в пожилом и старческом возрасте.

**Материал и методы.** Исследование проведено за период с 2017 по 2021 гг. на базе республиканской клинической больницы №1 УР, группу обследованных больных составили 124 пациента пожилого и старческого возраста. Клиническое обследование включало сбор анамнеза, первичный осмотр, осмотр с пальпацией шеи и регионарных лимфатических узлов (л/у), ультразвуковое исследование (УЗИ), тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ). При первичном осмотре оценивалась степень увеличения ЩЖ, плотность, контуры железы, пальпируемые образования, их размеры, формы, контуры, плотность, состояние регионарных л/у, определялось функциональное состояние ЩЖ. На УЗИ щитовидной железы учитывались размеры долей и перешейка, экзогенность, их эхоструктуры, контуры, наличие жидкости, кальцинатов. Также с помощью УЗИ оценивались имеющиеся изменения в регионарных лимфоузлах. При ТАПБ пунктат из объёмного образования наносили на предметные стёкла и направляли далее в цитологическую лабораторию на исследование.

**Результаты исследования.** В исследуемой нами группе были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: у 60,3% – тиреоидэктомия, у 6,8% – субтотальная резекция, у 26,9% – гемитиреоидэктомия, у 6,0% – резекция доли ЩЖ. В 5,8% случаев операции дополнялись вмешательствами на регионарных лимфоколлекторах. Макропрепараты направлялись в цитологическую лабораторию для гистологического подтверждения диагноза. В ходе операции учитывались количество фокусов злокачественного поражения, локализация, размеры, инвазию в капсулу железы и сосуды, состояние окружающих тканей ЩЖ, наличие фоновых изменений. После хирургического лечения проводилось динамическое наблюдение за пациентами. Клинически оценивались выраженность послеоперационного гипотиреоза и гипопаратиреоза, определялся уровень гормонального фона ЩЖ.

С целью раннего выявления рецидива заболевания через каждые 3-6 месяцев в группе исследуемых больных выполняли УЗИ-мониторинг либо оставшейся ткани ЩЖ, либо регионарных л/у. При обнаружении подозрительных образований проводили ТАПБ под контролем УЗИ с последующим цитологическим биопсийного материала.

Отдаленные результаты изучались нами при контрольной явке пациентов или посещении его на дому.

При изучении диагностических карт при посещении пациентов пожилого и старческого возраста медицинских учреждений в случае появления жалоб или плановых диспансерных осмотров было установлено, что на ранних стадиях РЩЖ выявлено большинство исследуемых (85,7%) именно при диспансеризации с последующим УЗИ и ТАПБ, в остальных же случаях – больные на более поздних стадиях заболевания ( $p < 0,05$ ). При изучении структуры заболеваний, предшествующих РЩЖ было выявлено, что в 54,8% наблюдался узловой эутиреоидный зоб, в 24,2% – диффузный нетоксический зоб, в 9,6% – многоузловой эутиреоидный зоб, в 3,5% – диффузный токсический зоб, в 4,8% – аутоиммунный тиреоидит, в 3,1% – аденома щитовидной железы. Таким образом, видно, что основным предшествующим РЩЖ заболеванием явилась узловая форма заболевания ЩЖ, что не расходится с данными многих исследований изучаемой проблемы.

Анализ клинической картины РЩЖ показал, что характер жалоб не отмечался особенностями в зависимости от возраста пациентов, но выявлена зависимость от диагностической тактики. Наиболее частыми

жалобами были наличие пальпируемого образования на шее. Информативным являлось наличие образования в размере до 1,5 см., лабораторные же показатели гормонального фона не имели диагностического значения. Немаловажное значение имело физикальное обследование больного, так у половины пациентов старше 60 лет (48,6%) осмотр и пальпация шеи позволили заподозрить онкологическое заболевание ЩЖ. Это подтверждает тот факт, что имеется большая онконастороженность врачей первичного амбулаторного звена по отношению к больным старше 60 лет с заболеваниями ЩЖ и особенно с узловыми его формами. При ультразвуковом исследовании узловые образования ЩЖ были выявлены у 100% обследуемых больных. Определение четкости контура узлового образования не имело решающего диагностического значения. Чаще выявлялись гиперэхогенные узлы при РЩЖ с неоднородной структурой, более чем в 20,5% случаев узлы сопровождалась наличием кальцификатов.

В предоперационном периоде всем пациентам проводили ТАПБ без контроля УЗИ, при этом диагноз РЩЖ или подозрение на него установлен в 62,2% клинических наблюдений, а при использовании УЗИ-контроля данный показатель увеличился до 86,2% случаев ( $p < 0,05$ ). Таким образом, доказано, что РЩЖ при ТАПБ под контролем УЗИ навигации был заподозрен или диагностирован в 1,4 раза чаще, чем без его контроля. Кроме того, при изучении зависимости выполненных ТАПБ и УЗИ-контроля от цитологического и гистологического подтверждения диагноза РЩЖ у лиц пожилого и старческого возраста было установлено совпадение диагнозов в 72,0% случаев, в отличие от результатов без контроля УЗИ (42,9%) ( $p < 0,001$ ).

По гистологическим типам РЩЖ были получены следующие результаты у больных пожилого и старческого возраста: в 72,3% – папиллярный рак, в 14,1% – фолликулярный рак, в 2,4% – медулярный рак, в 1,2% – сочетание двух гистологических типов, в 7,8% – анапластический рак, в 2,2% – рак без гистологического уточнения. Таким образом, видно, что РЩЖ преобладал папиллярный тип, что также не расходится с данными других исследователей. Нами были проанализированы данные пятилетней безрецидивной выживаемости у пациентов пожилого и старческого возраста с РЩЖ, как показательного критерия проведенного хирургического лечения. Установлено, что среди больных папиллярным РЩЖ у 13,3% в пятилетнем послеоперационном периоде был выявлен рецидив заболевания, из них у 10,2% –

после тиреоидэктомии, у 12,9% – после субтотальной резекции ЩЖ, у 13,3% – после гемитиреоидэктомии и у 63,6% – после резекции доли ЩЖ. Таким образом, показатели пятилетней безрецидивной выживаемости после резекции доли ЩЖ были достоверно хуже, чем после вмешательств большего объёма, сопровождаемого операцией на лимфоколлекторах ( $p < 0,05$ ). Незначительное количество клинических наблюдений, проведенных нами среди пациентов пожилого и старческого возраста с другими типами гистологических изменений ЩЖ и объёмами оперативных вмешательств не позволило сделать статистических заключений. Очевидно, что показания к различным оперативным вмешательствам целесообразно определять не только по отдаленным результатам безрецидивной выживаемости среди данной категории лиц, но и по количеству и тяжести послеоперационных осложнений, которые существенно влияют на качество жизни больного.

В послеоперационном периоде гипопаратиреоз различной степени тяжести отмечали 20,1% пациентов пожилого и старческого возраста, причем установлено, что независимо от вида и объёма оперативного вмешательства, данное осложнение встречалось с одинаковой частотой ( $p < 0,05$ ). Анализ данных по частоте возникновения рецидивов заболевания в пожилой возрастной группе показал, что после резекции доли ЩЖ он отмечался до 75,2% случаев и был достоверно выше, чем после гемитиреоидэктомии ( $p < 0,005$ ). Следовательно, резекция доли ЩЖ, особенно в группе лиц пожилого возраста не является абсолютным показанием.

**Заключение.** На основании проведенного исследования было установлено, что плановые диспансерные и профилактические осмотры среди населения пожилого и старческого возраста позволяют увеличить выявляемость злокачественных новообразований ЩЖ. В данной группе пациентов предшествующим раку ЩЖ заболеванием является узловой эутиреоидный зоб, на что необходимо обращать внимание эндокринологу первичного амбулаторного звена. Выполнение ТАПБ под контролем УЗИ ЩЖ на дооперационном этапе у больных пожилого и старческого возраста позволяют установить цитологический диагноз РЩЖ в 1,4 раза чаще, чем без такового. У больных пожилого и старческого возраста не показана резекция доли ЩЖ, так как при этом рецидивы заболевания отмечены в 75,2% случаев. В структуре осложнений послеоперационного периода приоритетным является гипопаратиреоз с различной степенью тяжести течения (у 20,1% пациентов), влияющего на их качество жизни.

## Литература:

1. Горелик С.Г., и др. Особенности диагностики хирургической патологии у лиц старческого возраста. // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2011. №22 (117). – С.114-116.
2. Идиатуллин, Р.М. Оптимизация хирургического лечения у больных с опухолями щитовидной железы в Удмуртской Республике : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ижевск, 2021. – 23 с.
3. Качко В.А. и др. Диагностика новообразований щитовидной железы. // Эндокринная хирургия. – 2018. – Т.12. – №3. – С.109-127.
4. Порываева, Е.Л. Оптимизация диагностики и хирургического лечения узловых форм зоба : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2018. – 24 с.
5. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез / А.Ф. Романчишен. – СПб.: ИПК «Вести», 2014.– 647с.
6. Селиванов Е.С. и др. Частота развития гипотиреоза у больных раком щитовидной железы пожилого и старческого возраста, проживающих ... //Клиническая геронтология. 2006 – Т.12, №9 – С.68-69.
7. Селиванов, Е.С. Особенности диагностики и хирургического лечения больных раком щитовидной железы пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2007. – 24 с.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Федулова Т.В., Тихомирова Г.И.

**Резюме.** Среди современных медико-социальных проблем одной из самых актуальных являются болезни щитовидной железы (ЩЖ). Улучшенная диагностика дает свой результат: по статистике ВОЗ у каждого второго-третьего жителя нашей страны есть признаки заболевания ЩЖ, всего в России насчитывается более одного миллиона больных зобом. В структуре патологии органов эндокринной системы заболевания ЩЖ по частоте встречаемости занимают второе место после сахарного диабета. Последние десять лет многие исследователи-хирурги, функциональные диагносты отмечают особую тревогу в связи с ростом распространённости заболеваний щитовидной железы в основном за счет узловых форм зоба и дифференцированного рака. Как известно, одной из причин, приводящей к возникновению заболеваний ЩЖ, является дефицит йода, который служит предрасполагающим фактором для развития многих заболеваний, в том числе узловых форм зоба. Ежегодный прирост больных с этой патологией составляет: в молодом возрасте 0,08-0,1 %, в пожилом – 2 %

**Ключевые слова:** новообразования щитовидной железы, хирургическое лечение, пожилой и старческий возраст.