

ПРАКТИКУЮЧОМУ ЕНДОКРИНОЛОГУ

**«ПРОПУЩЕНИЙ» ТА ЗАНЕДБАНИЙ ПАПІЛЯРНИЙ РАК
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК***

Шептуха С. А., Губар О. С.

*Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна
shepa1979@i.ua*

Папілярний рак щитоподібної залози (ПРЩЗ) є найпоширенішим злоякісним захворюванням щитоподібної залози (ЩЗ) та складає 80–92% серед усіх злоякісних новоутворень ЩЗ [1, 4, 5]. На сучасному етапі розвитку інструментальної та лабораторної діагностики виявлення та діагностика ПРЩЗ не є надскладною задачею.

Основним та найдоступнішим методом діагностики залишається проведення комплексного ультразвукового дослідження (УЗД) ший, що включає в себе огляд ЩЗ та лімфовузлів ший. Основними діагностичними критеріями при виявленні новоутворень, що можуть викликати підозру на злоякісність процесу, є: нерівність та/чи нечіткість меж, наявність ділянок кістозної дегенерації чи кальцифікації, субкапсулярне розташування пухлини.

Лімфовузли ший, що є підозрілими на наявність метастазів, мають наступні характеристики: округлої форми, гіпоехогенні, гетерогенні та без збереження корково-медулярної диференціації [1, 2, 5]. За наяв-

ності однієї або декількох вказаних ознак пацієнту має бути виконана тонкоголкова аспіраційно-пункційна біопсія (ТАПБ) виявлених новоутворень, за результатами якої і визначається подальша лікувальна тактика.

За умов підтвердження наявності ПРЩЗ з/без метастазів першим і єдиним максимально ефективним методом лікування є оперативне втручання, обсяг якого визначається за результатами УЗД ший та результатами ТАПБ. Необхідність подальшого проведення радіоїодтерапії визначається за результатами патогістологічного дослідження. Виявлення хоча б одного лімфовузла з метастатичним ураженням є абсолютним показанням до проведення радіоїодтерапії [1, 3, 4].

Клінічний випадок

Наочним прикладом «пропущеного» та занедбаного випадку папілярного раку став клінічний випадок пацієнтки, яка була прооперована в хірургічному відділенні

* Роботу виконано за власної ініціативи авторів. Від пацієнта було отримано інформовану згоду на проведення усіх маніпуляцій та використання матеріалу в наукових цілях.

Автори гарантують повну відповідальність за все, що опубліковано в статті.

Автори гарантують відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Рукопис надійшов до редакції 25.06.2024.

Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС).

Пацієнтка К., 1992 року народження, була направлена на консультацію до хірурга зі скаргами на наявність новоутворення по бічній поверхні шиї справа в ділянці кута нижньої щелепи. За місцем проживання встановлено діагноз «Ліпома шиї».

З анамнезу хворого стало відомо, що вперше новоутворення пацієнтка виявила самостійно у 2013 році (10 років тому!!!). Неодноразово була на консультації у кількох сімейних лікарів, ендокринологів, онколога(!!!), лікарів УЗД, спостерігалась у акушера-гінеколога під час вагітності та пологів, неодноразово проходила УЗД шиї — призначалась лише антибактеріальна, протизапальна, гомеопатична та імуностимулююча терапія, які не мали ефекту. Жодного разу і ніким не було рекомендовано проведення ТАПБ новоутворення чи вузла правої частки щитоподібної залози.

В листопаді 2023 року була направлена на консультацію до хірурга ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС і лише тут, вперше, після огляду на УЗД, виникла підозра на папілярний рак ЩЗ з метастазами в лімфовузлах шиї. Виконана ТАПБ повністю підтвердила підозру на ПРЩЗ за результатами УЗД.

20.11.2023 р. УЗД ЩЗ + ПЩЗ: ЩИТОПОДІБНА ЗАЛОЗА розташована в типово-

му місці, збільшена за рахунок правої частки, капсула не ущільнена. Визначаються утворення: в правій частці — 1, розмірами 17 мм, неправильної форми без чітких меж. Паренхіма залози ехогенна, ехоструктура однорідна. Додаткові утворення по ходу судинно-нервового пучка (СНП) справа і зліва визначаються. По методу Brunp. Об'єм лівої частки — 6,13 куб. см. Об'єм правої частки — 11,09 куб. см. Додаткова інформація: Пре- та паратрахеально з обох сторін, вздовж СНП справа, в підщелепній ділянці візуалізуються множинні змінені лімфовузли до 33 мм (рис. 1).

22.11.2023 р. ТАПБ вузла правої частки щитоподібної залози 17 мм, лімфовузла с/з шиї справа 33 мм: аспірати ідентичні — папілярний рак щитоподібної залози. Bethesda-VI.

21.11.2023 р. КТ ОГК з в/в болюсним підсиленням. Заключення: при обстеженні органів грудної клітини патологічних змін в легенях не виявлено.

Враховуючи отримані результати УЗД та ТАПБ було заплановано дату оперативного втручання. На рис. 2 зображено зовнішній вигляд шиї пацієнтки до операції (рис. 2).

14.12.2023 р. виконана операція: Тиреоїдектомія, двобічна модифікована та центральна дисекція шиї, лімфаденектомія.

З протоколу операції: «...Вузол правої частки в середній третині по задній поверх-

Результат обстеження

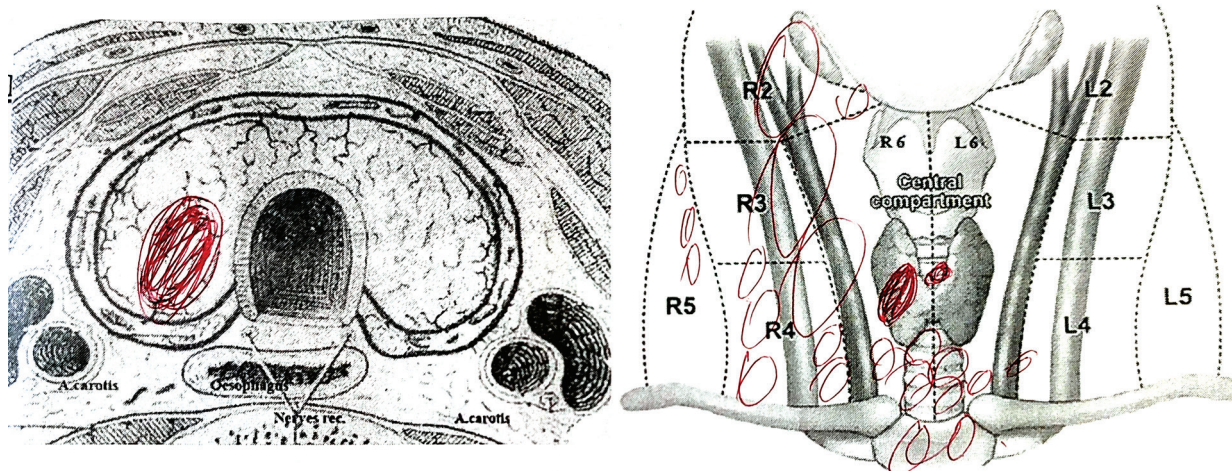


Рис. 1. Схематичне зображення щитоподібної залози та змінених лімфовузлів шиї за результатами УЗД.



Рис. 2. Зовнішній вигляд до операції та передбачувана лінія доступу під час операції.

ні до 17 мм в діаметрі (кам'янистої щільності, рухомий, з візуальними ознаками екстраорганної інвазії в претиреоїдні м'язи). Ліва частка інтактна. При ревізії центрального колектора виявлені множинні поодинокі та у вигляді конгломерата візуально змінені лімфовузли розмірами до 25 мм світло-сірого забарвлення, щільної консистенції. Нижній край конгломерата розташований над дугою аорти. По задньобічній поверхні трахеї справа виявлений конгломерат спаяних змінених лімфовузлів на рівні 2-7 напівкілець трахеї з візуальними ознаками екстраорганної інвазії в м'язевий шар стравоходу. Під час операції встановлено шлунковий зонд — цілісність стравоходу не порушена. Вказані новоутво-

рення видалені. При ревізії лівого югулярного колектора виявлені лімфовузли розмірами 3–6 мм жовтого та сірого забарвлення, щільної та м'якої консистенції. Останні видалені в межах 2–4 груп. При ревізії правого югулярного колектора виявленні множинні змінені лімфовузли розмірами до 40 мм щільної консистенції, сірого забарвлення, з візуальними ознаками інвазії в оточуючі тканини (л/в в/3 30, 35 мм).

Патогістологічний висновок: Папілярний рак щитоподібної залози, ознаки інвазії судин, ознаки екстраорганної інвазії, метастази в претиреоїдні лімфатичні вузли (3/3 шт., від 3 до 4 мм), метастази в лімфатичні вузли 6 групи (13/15 шт., від 8 до 30 мм), метастази в лімфатичні вузли 2–4 груп справа (13/30 шт., від 7 до 35 мм), лімфатичні вузли 2–4 групи зліва без гістологічних особливостей будови (18 шт.), фрагмент тимуса із гістологічними ознаками гіперплазії.

Післяопераційний період проходив без особливостей. На наступний день були видалені дренажі та пацієнтка виписана на амбулаторне лікування з рекомендацією подальшої радіойодтерапії.

13.01.2024 р. ТТГ — 60,7 мкМО/мл, ТГ — 0,04 нг/мл, АТ до ТГ — 27,4 МО/мл.

16.01.2024 р. одержала лікувальну дозу 6136 МБК NaI¹³¹.

22.01.2024 р. сцинтиграфія: при дослідженні на передній поверхні шиї, в ділянці анатомічної проекції щитоподібної залози, визначається вогнище патологічного



Рис. 3. Зовнішній вигляд видалених препаратів після операції.



Рис. 4. Результати сканування після курсу NaI^{131} .

накопичення йоду NaI^{131} низького ступеня інтенсивності. В л/в шиї, в середостінні та легенях — фонове накопичення РФП (рис. 4).

28.05.2024 р. ТТГ — 0,174 мкМО/мл, ТГ — <0,04 нг/мл, АТ до ТГ — 20,5 МО/мл.

Обговорення

На сьогоднішній день топічна та лабораторна діагностика раку ЩЗ не викликає великих труднощів [1, 2, 5]. Кожна клініка має можливість та необхідне обладнання для проведення УЗД ЩЗ та лімфовузлів шиї. Лікарі УЗД, які виявили новоутворення у ЩЗ або патологічні зміни у лімфовузлах шиї, повинні спрямовувати пацієнтів до спеціалізованих ендокринологічних лікувальних закладів задля уникнення та мінімізації випадків «пропущеного» раку [3, 5]. Своєчасно діагностована онкологічна патологія ЩЗ призведе до меншого за обсягом оперативного втручання, зменшення ризику післяопераційних ускладнень та прискорення реабілітації після операції.

Даний клінічний випадок заслуговує уваги та ретельного розбору:

- вже при першому зверненні до лікаря з приводу збільшення лімфовузла шиї необхідно було провести дифе-

ренційну діагностику та виключити можливість наявності онкологічного захворювання;

- неодноразове повторне звернення до лікарів та різноманітне консервативне лікування не призвело до зменшення лімфовузла у розмірах, а навпаки, призвело до його поступового збільшення. І навіть така тенденція не наштовхнула жодного з лікарів на думку про дообстеження даного новоутворення;
- особливо звертає на себе увагу відсутність онконастороженості у лікарів різноманітних спеціальностей (терапевт, гінеколог, ендокринолог, онколог та ін.).

Описаний клінічний випадок не є унікальним, але в черговий раз доводить, що онконастороженість має бути на першому місці при виявленні будь-яких новоутворень будь-якої локалізації в організмі, особливо у осіб молодого віку. А своєчасність виявлення та діагностування такої патології допоможе робити менш травматичні операції, зменшить терміни стаціонарного лікування, прискорить процес відновлення після операції та подовжить тривалість і якість життя пацієнта.

**ЛІТЕРАТУРА
(REFERENCES)**

1. European Network of Cancer Registries Factsheets, available at: https://www.enrcr.eu/sites/default/files/factsheets/ENCR_Factsheet_Thyroid_2017.pdf
2. Filetti S, Durante C, Hartl D, et al. *Ann Oncol* 2019; 30(12): 1856-1883. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz400>.
3. Haddad RI, Bischoff L, Ball D, et al. *J Nat Comprehensive Cancer Network* 2022;20(8): 925-951. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2022.0040>.
4. Mauri G, Hegedüs L, Bandula S, et al. *Eur Thyroid J* 2021;10(3): 185-197. <https://doi.org/10.1159/000516469>.
5. Araque KA, Gubbi S, Klubo-Gwiedzinska J. *Hormone Metab Res* 2020;52(08): 562-577. <https://doi.org/10.1055/a-1089-7870>.

**«ПРОПУЩЕНИЙ» ТА ЗАНЕДБАНИЙ ПАПІЛЯРНИЙ РАК
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

Шептуха С. А., Губар О. С.

*ДУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна
shepa1979@i.ua*

Описано клінічний випадок «пропущеного» та занедбаного випадку папілярного раку щитоподібної залози у пацієнтки 1992 року народження. За даними анамнезу пацієнтка спостерігається більше 10 років (з 2013 року) у лікарів різних спеціальностей (сімейний лікар, ендокринолог, онколог, лікар УЗД, акушер-гінеколог, тощо), але лише у 2023 році за результатами УЗД виникла підозра на наявність папілярного раку щитоподібної залози з метастазами в лімфовузлі ший. За результатами пункції діагноз був підтверджений. Виконане довготривале оперативне втручання та проведена в подальшому радіойодтерапія призвели до повного вилікування пацієнтки. Особливістю випадку є тривалість спостереження та відсутність онконастороженості лікарів різних спеціальностей, що і призвело до занедбаності випадку. Тому, за тривалої наявності збільшених лімфовузлів ший необхідно направляти пацієнтів до медичних закладів, що спеціалізуються на захворюваннях щитоподібної залози чи органів ший, задля встановлення точного діагнозу.

Ключові слова: рак щитоподібної залози, метастаз, ліпома ший, ультразвукове дослідження.

**«MISSED» AND NEGLECTED PAPILLARY
THYROID CARCINOMA: A CLINICAL CASE**

S. A. Sheptukha, O. S. Hubar

*SI of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine»
State Administrative Department, Kyiv, Ukraine
shepa1979@i.ua*

The article describes a clinical case of a «missed» and neglected case of papillary thyroid carcinoma in a patient born in 1992. According to the patient's medical history, she had been under observation for more than 10 years (since 2013) by doctors of various specialties (family physician, endocrinologist, oncologist, ultrasound specialist, obstetrician-gynecologist, etc.). However, it was only in 2023 that an ultrasound raised suspicions of papillary thyroid carcinoma with metastases to the cervical lymph nodes. The diagnosis was confirmed by a biopsy. A prolonged surgical intervention followed by radioiodine therapy led to the patient's complete recovery. A notable aspect of this case is the extended period of observation and the lack of oncological vigilance among doctors of different specialties, which resulted in the neglected state of the disease. Therefore, in cases of persistently enlarged cervical lymph nodes, it is necessary to refer patients to medical institutions specializing in thyroid or neck disorders to establish an accurate diagnosis.

Key words: papillary thyroid carcinoma, metastasis, neck lipoma, ultrasound.