

УДК 612

## МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Светицкий П.В., Тодоров С.С., Гончарова Е.Г., Кульчицкая О.Г., Мешеряков П.Н.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, e-mail: svetitskiy.p@gmail.com

Представлено клиническое наблюдение больной К. 48 лет, которой по месту жительства была проведена операция по поводу гиперплазии околощитовидной железы. Спустя 2 мес. после операции щитовидная железа стала прогрессировать в росте, увеличилась в объеме. Изменился голос, дыхание стало затрудненным, возникла непроходимость пищевода. По месту жительства, была наложена трахеостома после чего, больная была направлена в РНИОИ, где ей был выставлен диагноз – местно-распространенный рак щитовидной железы с прорастанием в пищевод, гортаноглотку и гортань. Больная была прооперирована. Произведены тиреоидэктомия, ларингэктомия, резекция шейного отдела пищевода и гортаноглотки с двухсторонней шейной лимфодиссекцией. Сформированы оростома, эзофагостома и трахеостома. Патогистологический диагноз – плоскоклеточный рак щитовидной железы. В послеоперационном периоде получила лучевую терапию (60 Гр.) Через 5 мес., при отсутствии продолженного роста опухоли, проведена реконструкция шейного отдела пищевода и глотки с реабилитацией их функций. Начаты занятия с логопедом. Находится под наблюдением без рецидива более 1,5 лет.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, плоскоклеточный рак

## LOCALLY-ADVANCE SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE THYROID GLAND

Svetitskiy P.V., Todorov S.S., Goncharova E.G., Kulchitskaya O.G., Mesherykov P.N.

Rostov Research Institute of Oncology, Rostov-on-Don, e-mail: svetitskiy.p@gmail.com

Abstract. Clinical observation of the patient K. 48 years old that domiciliary received surgery for parathyroid adenoma is presented. 2 months after the surgery the thyroid gland began to progress in growth and expanded. The patient's voice changed, breathing became labored and esophageal obstruction occurred. The tracheostomy tube was inserted domiciliary, and after that the patient was referred to RRIO where she was diagnosed with locally advanced thyroid carcinoma with invasion into the esophagus, laryngopharynx and larynx. The patient received surgery. Thyroidectomy, laryngectomy and resection of the cervical esophagus and hypopharynx with bilateral neck dissection were performed. Orostoma, esophagostoma and tracheostoma were formed. The histopathological diagnosis was squamous cell carcinoma of the thyroid gland. The patient received radiotherapy (60 Gy) during the postoperative period. 5 months later, in the absence of continued tumor growth, reconstruction of the cervical esophagus and pharynx was performed with rehabilitation of their function. Speech therapy sessions started. The patient has been observed for more than one year without recurrence.

**Keywords:** thyroid gland, squamous cell carcinoma

Рак щитовидной железы (РЩЖ) составляя 2% среди всех злокачественных опухолей (ОП) человека является ведущим злокачественным заболеванием в эндокринологии с приростом заболеваемости за последние 2 десятилетия, на 3% [1].

В Российской Федерации РЩЖ составляет 4,1% среди всех онкологических заболеваний [2]. В 2013 г. заболеваемость РЩЖ достигла 6,79 (на 100 000 нас.), что выдвинуло данную патологию на 2 место среди опухолей головы и шеи [3].

В Ростовской области (РО) в 1990 г. показатель заболеваемости составил 2,5 (на 100 тыс. нас.). С годами произошел рост заболеваемости и в 2012 г. она составила 7,0, т.е. более чем за 20 лет заболеваемость РЩЖ в РО увеличилась почти в 3 раза, превысив среднюю заболеваемость по Российской Федерации [3].

Увеличение частоты РЩЖ становится реальной проблемой здравоохранения как

в нашей стране, так и во всем мире, причем как на территориях с техногенным загрязнением, так и в экологически чистых регионах [4, 5].

Клиника РЩЖ многообразна и зависит в основном от морфологической формы опухоли, которая представлена папиллярным (65–80%), фолликулярным (9–29%), медуллярным (2–10%) и недифференцированным раком (1–2%). Гораздо реже встречается плоскоклеточный рак (0,2–3,0%) [6, 7].

Лечение РЩЖ комплексное: операция, лучевая терапия, гормонотерапия, где операции отводится ведущая роль. Трудности возникают при лечении больных с распространенным процессом составляющих до 26,0% от всех первично обратившихся к онкологу. Сложности возникают у больных с ОП выходящих за пределы щитовидной железы с прорастанием в соседние органы [8, 9, 10]. Операция в данных случаях приобретает калечащий характер, что требует

проведения восстановительных операций для реабилитации речи и глотания. Особо следует выделить плоскоклеточную форму РЩЖ отличающуюся выраженным агрессивным течением и низкой продолжительностью выживаемости больных [11, 12].

Представляем клиническое наблюдение местно распространенного рака щитовидной железы. Особенность данного случая заключается в его морфологической форме: плоскоклеточный рак.

#### Материалы и методы исследования

Больная К. 48 лет (ист. бол. № С-18072/в) поступила в отделение опухолей головы и шеи РНИОИ с жалобами на отсутствие естественного дыхания и речи, прогрессирующее похудание, дисфагию. Считает себя больной в течение 6 мес., когда заметила появление ОП в левой половине шеи: в проекции ЩЖ. Обратилась в республиканский онкологический диспансер Северо-Кавказской республики. Функции глотания, дыхания и речи были сохранены. Патология со стороны дыхательно-пищеварительных путей не была выявлена. Выставлен диагноз: опухоль парашитовидной железы. Больная была прооперирована: удалена гиперплазированная околощитовидная железа (патогистологическое заключение прилагалось к выписному эпикризу). Выписана домой. Спустя 2 мес. после операции, со слов больной, ЩЖ стала прогрессировать в росте, увеличилась в объеме. Голос изменился, приобрел сиплость. Дыхание стало затрудненным, присоединилась дисфагия. По месту жительства была наложена трахеостома. Больную направили в РНИОИ.

При осмотре больной в РНИОИ в момент поступления, вся передняя поверхность шеи выполнена плотным опухолевым, без четких границ, конгломе-

ратом (6,0×8,0 см.), спаянным с передними краями обеих кивательных мышц. Наличие трахеостомы. При непрямой ларингоскопии выявлена ОП в гортаноглотке заполняющая грушевидные синусы, спускающаяся и обтурирующая вестибулярный отдел гортани и вход рта пищевода. Пища и жидкости последние 4 суток не проглатывались. Потеряла в весе 47 кг. Из-за монолитности опухоли, шейные лимфатические узлы мануально не определялись.

Жалоб на патологию других органов не предъявляла. Проведено клиническое обследование внутренних органов с использованием КТ и МРТ – патология не выявлена.

Наш диагноз в момент осмотра первоначально склонялся к раку гортаноглотки или пищевода с прорастанием в щитовидную железу и метастазированием в шейные лимфатические узлы. Произведена биопсия ОП гортаноглотки. Патогистологическое заключение (№ 63225-26/13) – плоскоклеточный рак. Проведено рентгенологическое с контрастированием исследование пищевода и компьютерная томография (КТ) шеи, свидетельствующие о распространенном ОП процессе включающего ЩЖ, пищевод, гортаноглотку и гортань (рис. 1, 2).

При беседе с больной, обращало на себя внимание акцентирование пациентки на первоначальное прогрессирующее увеличение ЩЖ в объеме при сохранении функций пищевода, гортани и трахеи. Жалобы на расстройства дыхания, голоса и глотания появились лишь спустя 2-а месяцев после операции на парашитовидной железе и прогрессии щитовидной железы в объеме. Это дало нам основание сомневаться в правильности предварительного диагноза о первичности процесса в пищеварительном или дыхательном трактах. Оценка данных рентгенографии пищевода с контрастированием и КТ шеи и сопоставление их с клиникой и особенностями анамнеза по динамике заболевания, позволили нам утвердиться во мнении о первичности ОП исходящей из щитовидной железы.

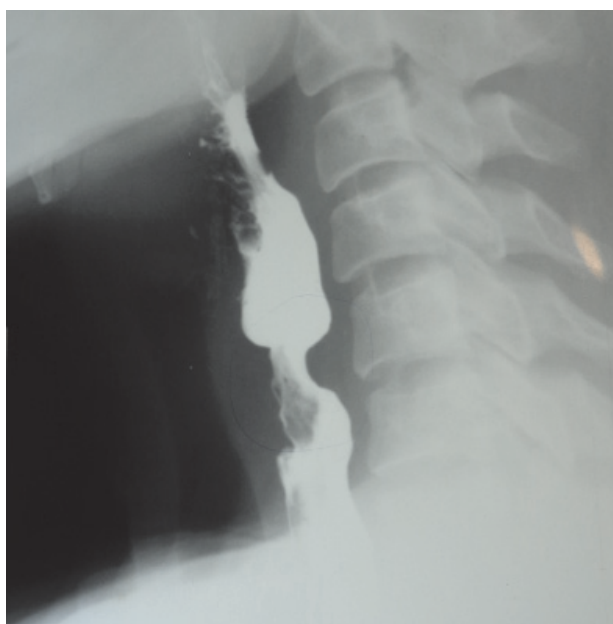
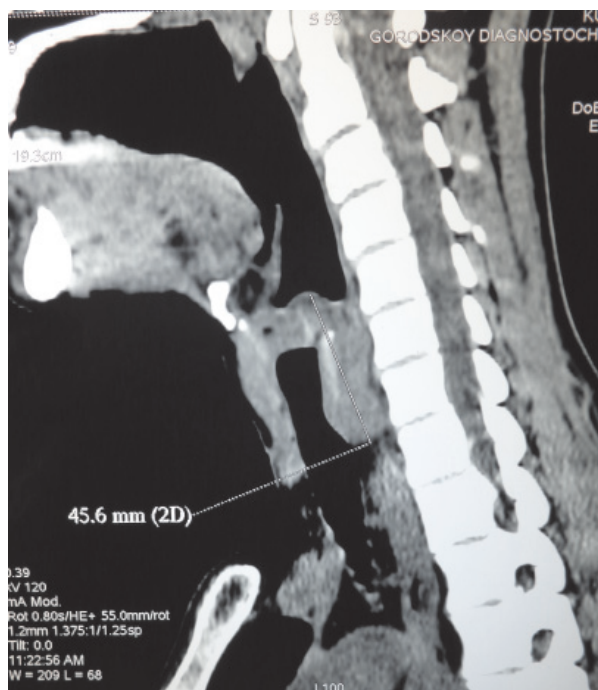


Рис. 1. При рентгенологическом с контрастированием шейного отдела пищевода определяется сужение его просвета на протяжении до 4,0 см с выраженной деформацией слизистой по передней стенке

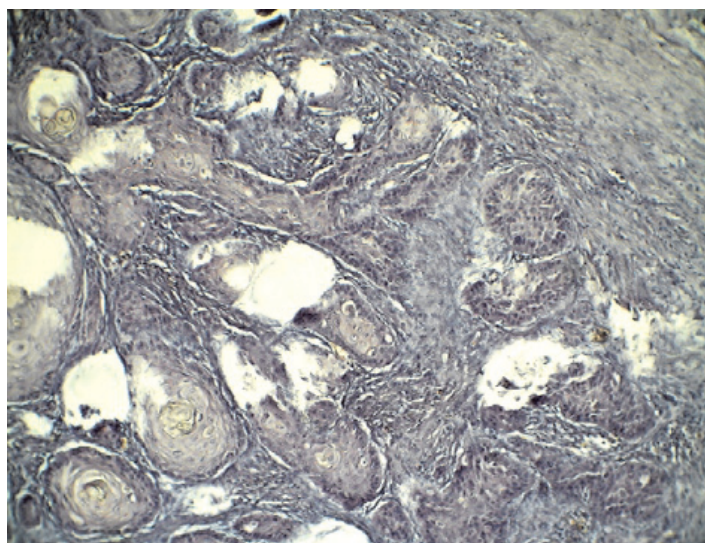


*Рис. 2. КТ шеи. В превертебральном пространстве на уровне CV-CVII определяется мягкотканное образование до 4,5×3,5 см, прорастающее в шейном отделе щитовидную железу. Переднюю стенку пищевода с вовлечением задней стенки гортаноглотки и гортани*

Больная была прооперирована. Произведены тиреоидэктомия, ларингэктомия, резекция шейного отдела пищевода и гортаноглотки с двухсторонней шейной лимфодиссекцией ПА-В, III, IV, VI уровней. Сформированы оростомы, эзофагостома и трахеостома. Операцию больная перенесла удовлетворительно. Патогистологическое исследование удаленного макропрепарата (№ 75234 – 5/13) установило низкодифференцированный G3 плоскоклеточный с участками ороговения рак щитовидной железы с инвазией в стенку пищевода (рис. 3), гортань и гортаноглотку,

выраженный полиморфизм опухоли, опухолевые тромбы в просветах сосудов, склероз клетчатки окружающей ЦЖ.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана домой в удовлетворительном состоянии. Питание через пищеводный зонд. В послеоперационном периоде больная получила гамма терапию в суммарно-очаговой дозе – 60 Гр. Через 5 мес. поступила в РНИОИ. Локально отсутствовал продолженный рост опухоли (рис. 4). Прошла обследование. Патология в других органах не выявлена.



*Рис. 3. Плоскоклеточный рак щитовидной железы с участками ороговения, инвазией в мышечную оболочку, увеличение x200. Окраска гематоксилином и эозином*

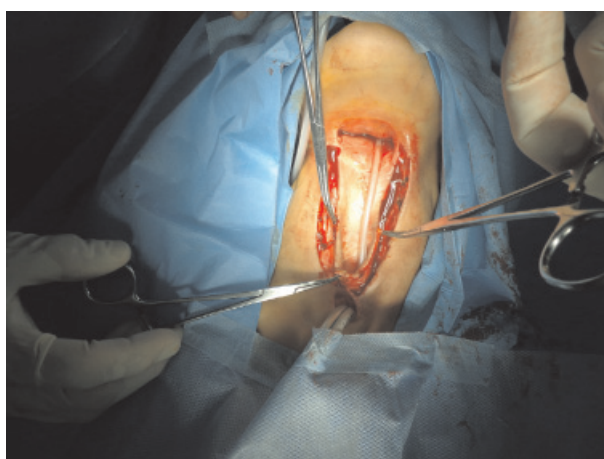




*Рис. 4. Сформированные оростома, эзофагостома, трахеостома. 5 мес. после операции: тиреоидэктомии, экстирпации гортани, резекции ротоглотки и шейного отдела пищевода. Ремиссия*

Проведена реконструктивно-пластическая операция шейного отдела пищевода и глотки. Внутренняя выстилка сформирована за счет кожи

и слизистой оболочки ороезофагостомы, а наружная – за счет мобилизованных кожных лоскутов (рис. 5, 6, 7).



*Рис. 5. Этап восстановительной операции: формирование внутренней выстилки глотки и пищевода посредством мобилизации кожи и слизистой оболочки*



*Рис. 6. Этап восстановительной операции: сформирована внутренняя выстилка глотки и пищевода*



*Рис. 7. Внешний вид больной после реконструктивной операции через 2 мес. Укрытие раневой поверхности мобилизованными кожными лоскутами шеи и подбородка. Заживление первичным натяжением. Восстановлены глотка и пищевод с реабилитацией их функций*

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Различия в клинических проявлениях РЦЖ свидетельствует о вариабельности течения заболевания, требующего онкологической настороженности при операциях по поводу ОП в ЩЖ. Вопросы диагностики и лечения злокачественных ОП ЩЖ связаны как с разнообразием клиники и морфологических форм ОП, так и проблемами узлового нетоксического зоба, аденом паращитовидной железы и аутоиммунного тиреоидита, на фоне которых может развиваться злокачественная ОП [13, 14, 15, 16].

Плоскоклеточный рак в ЩЖ встречается крайне редко и возникает, как правило, вследствие распространения ОП процесса в ЩЖ из соседних органов (гортаноглотки, гортани, пищевода, трахеи), а также при поражении ЩЖ метастазами из других органов. Первичный плоскоклеточный рак в ЩЖ, в силу своей редкости, относится к прочим эпителиальным злокачественным опухолям ЩЖ и в литературе представлен единичными случаями.

Редкость заболевания объясняется тем, что многослойный плоский эпителий в ЩЖ гистогенетически связан с остатками эмбриональных клеточных элементов щитовидно-язычного протока [7]. Малигнизация возникает вследствие метаплазии эпителия протока и обусловлена травматическими, инфекционными или други-

ми факторами, вызывающими изменения в его функциях [17].

В представленном клиническом наблюдении следует отметить недостаточно полно проведенное обследование и не четко собранный анамнез больной по месту жительства. Первоначально выставленный диагноз «гиперплазия околощитовидной железы», по всей видимости, повлиял на снижении онкологической настороженности у хирурга. Не было уделено достаточно внимания жалобам пациентки на вторичность развития патологии в дыхательном и пищеварительном трактах на фоне опухолевого роста в ЩЖ..

При первом осмотре в поликлинике РНИОИ больная не информировала врача о необычном анамнезе своего заболевания, что также, с учетом локального статуса, послужило основанием к выставлению предварительного диагноза: рак гортаноглотки или пищевода с распространением на соседние органы, в том числе, и на ЩЖ. Биопсия ОП из гортаноглотки, установила плоскоклеточный рак, что так же настраивало врачей на первичность процесса в пищеварительном или дыхательном трактах. В послеоперационном периоде в РНИОИ, при улучшении локального и общего статуса больной, при контактах с ней в спокойной обстановке, было заострено внимание врачей на особенности анамнеза заболевания, неоднократно повторяемое пациенткой: отсутствие вначале болезни характерных жалоб для патологии гортаноглотки, пищевода и гортани. Со слов больной, только спустя 2 мес. после операции (удаления околощитовидной железы), стал наблюдаться рост ОП в проекции ЩЖ. В последующем появились жалобы на нарастание затрудненного проглатывания пищи, изменение голоса и клиники прогрессирующего стеноза гортани закончившегося трахеотомией. Все это заставило нас пересмотреть свое отношение к первоначально выставленному диагнозу и утвердиться в мнении о первичности ОП в щитовидной железе. Рентгенологические исследования, проведенные в РНИОИ, не подтверждали, но и не противоречили нашему мнению о вторичности ОП процесса в пищеварительном и дыхательном трактах.

#### **Заключение**

Увеличение ЩЖ в объеме после операции по поводу доброкачественной опухоли требует обязательного рассмотрения версии возможного злокачественного процесса. В представленном наблюдении появление ОП в ЩЖ после первой операции,

с учетом последующих жалоб на появление и нарастание симптомов дисфагии и стеноза гортани должны были бы насторожить хирурга в плане онкологической патологии. Тщательно собранный анамнез болезни, особенно у пациентов с патологией в зонах сочетающихся несколько органов или пограничных их друг с другом, порой является определяющим в выставлении правильного диагноза, естественно с данными клинико-лабораторного обследования. Это позволит выбрать тактику адекватного лечения. У больных РЩЖ проведенный адекватный объем операции в значительной степени гарантирует хороший отдаленный результат [13]. Обследование, проведенное в РНИОИ и скрупулезное отношение к анамнезу, который практически стал доминирующим в выставлении диагноза, укладывались в первичность процесса из ЩЖ. Следует думать, что вовремя выставленный первоначальный диагноз – РЩЖ с проведением адекватной операции, подтвердили бы правильный диагноз и тактику последующего лечения. Это не потребовало бы, в последующем, осуществления расширенной комбинированной операции калечащего характера.

#### Список литературы

1. Yassine Lalami and Ahmad Awada. Recurrent thyroid cancer: based therapeutic breakthrough // Current Opinion in Oncology. – 2011. – № 23(3). – P. 236–240.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2011. – Т. 22. – № 3. – прил. 1 [Davydov M.I., Aksel' E.M. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG v 2009. Journal of N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS. 2011; 22(3): suppl.1].
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2013 г. – М.: МНИОИ им П.А. Герцена; 2015 [Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2013 g. Moscow: MNIIOI im. P.A.Gertsena; 2015].
4. Ванушко В.Е., Цуркан А.Ю. Лечение дифференцированного рака щитовидной железы // Клиническая и экспериментальная тиреодология. – 2010. – Т.6. – № 2. – С. 24–33 [Vanushko V.E., Tsurkan A.Yu. Lechenie differentsirovannogo raka shchitovidnoy zhelezy. Klinicheskaya i eksperimental'naya tireodologiya. 2010; 6 (2): 24–33].
5. Островский Л.А. Эпидемиология рака щитовидной железы в республике Карелия // Электронный журнал «Исследовано в России». – 2005. – С. 138–149 [Ostrovskiy L.A. Epidemiologiya raka shchitovidnoy zhelezy v respublike Kareliya. Elektronnyy zhurnal "Issledovano v Rossii". 2005: 138–149].
6. Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы. – М.: Медицина; 1995 [Paches A.I., Propp R.M. Rak shchitovidnoy zhelezy. Moscow: Meditsina; 1995].
7. Подвязников С.О. Рак щитовидной железы // Современная онкология. – 2000. – Т.1. – № 2. – С. 50–54 [Podvyaznikov S.O. Rak shchitovidnoy zhelezy. Sovremennaya onkologiya. 2000; 1(2): 50–54].
8. Романчишен А.Ф., Багатурия Г.О., Колосюк В.А. Первичные и вторичные операции при местно-распространенном раке щитовидной железы. // XI (XIII) Росс. Симпозиум по хирургической эндокринологии. – 2003. – Т.1. – С. 130–135 [Romanchishen A.F., Bagaturiya G.O., Kolosyuk V.A. Pervichnye i vtorichnye operatsii pri mestno-rasprostranennom rake shchitovidnoy zhelezy. XI (XIII) Ross. Simpozium po khirurgicheskoy endokrinologii. 2003; (1): 130–135].
9. Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А., Карпатский И.В. Направление изменений тактики хирургического лечения больных раком щитовидной железы: анализ 30-летнего опыта одного коллектива. Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии. Киев; 2006 [Romanchishen A.F., Romanchishen F.A., Karpatskiy I.V. Napravlenie izmeneniy taktiki khirurgicheskogo lecheniya bolnykh rakom shchitovidnoy zhelezy: analiz 30-letnego opyta odnogo kollektiva. Sovremennye aspekty khirurgicheskogo lecheniya endokrinnoy patologii. Kiev; 2006].
10. Светицкий П.В. Операции при раке щитовидной железы, прорастающем стенку трахеи // Проблемы эндокринологии. – 2009. – Т.55. – С. 31–33 [Svetitskiy P.V. Operatsii pri rake shchitovidnoy zhelezy, prorstayushchem stenku trakhei. Problemy endokrinologii. 2009; (55): 31–33].
11. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы: Руководство. 3-е изд. СПб: Питер; 2006 [Valdina E.A. Zabolevaniya shchitovidnoy zhelezy: Rukovodstvo. 3-e izd. SPb: Piter; 2006].
12. Михнин А.Е. Рак щитовидной железы: диагностика, классификация, стадирование // Практическая онкология. – 2007. – Т.8. – С. 17–25 [Mikhnin A.E. Rak shchitovidnoy zhelezy: diagnostika, klassifikatsiya, stadirovaniye. Prakticheskaya onkologiya. 2007; (8):17–25].
13. Валдина Е.А. Повторные операции по поводу дифференцированного рака щитовидной железы // Вопросы онкологии. – 1999. – Т.45. – № 3. – С. 308–311 [Valdina E.A. Povtornye operatsii po povody differentsirovannogo raka shchitovidnoy zhelezy. Voprosy onkologii. 1999; 45(3): 308–311].
14. Берштейн Л.М. Рак щитовидной железы: эпидемиология, эндокринология, факторы и механизмы канцерогенеза // Практическая онкология. – 2007. – Т.1. – С. 1–8 [Bershteyn L.M. Rak shchitovidnoy zhelezy: epidemiologiya, factory i mekhanizmy kantserogeneza. Prakticheskaya onkologiya. 2007; (1): 1–8].
15. Горбачева О.С. Результаты лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – № 2. – С. 80–86 [Gorbacheva O.S. Rezul'taty lecheniya vysokodifferentsirovannogo raka shchitovidnoy zhelezy. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. 2009; (2): 80–86].
16. Светицкий П.В., Непомнящая Е.М., Магерамов Р.Х. Рак парашитовидной железы. // Российский онкологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 48–50 [Svetitskiy P.V., Nepomnyashchaya E.M., Magerramov R.Kh. Rak parashchitovidnoy zhelezy. Rossiyskiy onkologicheskij zhurnal. 2010; (1): 48–50].