

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ ПРИ ИЗНАЧАЛЬНОМ ОТСУТСТВИИ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ

ИДИАТУЛЛИН РАВИЛЬ МИНАХМАТОВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-0645-7864; аспирант ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: radg-radg@mail.ru

СТЯЖКИНА СВЕТЛАНА НИКОЛАЕВНА, докт. мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Реферат. Рак щитовидной железы (РЩЖ) – самая частая злокачественная опухоль эндокринной системы. В структуре всех злокачественных новообразований рак щитовидной железы занимает до 3%. Заболеваемость раком щитовидной железы в мире варьирует у женщин в пределах 0,8–9,4 случаев на 100 тыс. населения в год и 0,6–2,6 на 100 тыс. населения у мужчин. Проблема злокачественных опухолей щитовидной железы для населения РФ имеет большую актуальность в связи с неуклонным и постоянным ростом заболеваемости. По темпу прироста новых случаев среди всех злокачественных новообразований рак щитовидной железы занимает лидирующее место. **Цель исследования** – описать результаты клинического наблюдения больной папиллярным раком щитовидной железы с метастатическим поражением легких при изначальном отсутствии метастазов в региональных лимфоузлах. **Материал и методы.** Исследование проводилось на базе БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер им. Сергея Григорьевича Примушко Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» города Ижевска. Изучалась первичная медицинская документация: амбулаторная карта, история болезни стационарного больного, протоколы операции, результаты лабораторных, инструментальных и гистологических исследований. **Результаты и их обсуждение.** Представлен клинический случай папиллярного рака щитовидной железы с наличием отдаленных метастазов в легких при изначальном отсутствии метастазов в региональных лимфоузлах. **Выводы.** Таким образом, данный клинический пример демонстрирует агрессивное течение папиллярного рака щитовидной железы, проявляющееся опухолью в щитовидной железе, метастатическим поражением легких, но при этом отсутствием метастазов в региональных лимфатических узлах. Такое течение наблюдается довольно редко. Необходимо изучение и внедрение в клиническую практику молекулярно-генетических и гистологических маркеров для прогнозирования подобных случаев течения папиллярного рака щитовидной железы.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, метастатическое поражение, клинический случай.

Для ссылки: Идиатуллин, Р.М. Клинический случай папиллярного рака щитовидной железы с метастатическим поражением легких при изначальном отсутствии метастазов в региональных лимфатических узлах / Р.М. Идиатуллин, С.Н. Стяжкина // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12, вып. 6. – С.101–104. DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(6).101-104.

LUNG METASTATIC PAPILLARY THYROID CARCINOMA WITH ABSENCE OF METASTASES IN REGIONAL LYMPH NODES

IDIATULLIN RAVIL M., ORCID ID: 0000-0003-0645-7864; postgraduate student of Izhevsk State Medical Academy, Russia, 426034, Izhevsk, Kommunar str., 281, e-mail: radg-radg@mail.ru

STYAZHKINA SVETLANA N., D. Med. Sci., professor of the Department of faculty surgery of Izhevsk State Medical Academy, Russia, 426034, Izhevsk, Kommunar str., 281

Abstract. Thyroid cancer (thyroid gland) is the most common malignant tumor of the endocrine system. In the structure of all malignant tumors, thyroid cancer accounts for approximately 3%. The annual incidence of thyroid cancer in the world is estimated to be 0,8–9,4 and 0,6–2,6 cases per 100 thousand population for women and men respectfully. The incidence of thyroid cancer as the most common endocrine malignancy has been increasing constantly in Russian Federation. **The purpose of the study** is to present a case of lung metastatic papillary thyroid carcinoma with absence of metastases in regional lymph nodes. **Material and methods.** Patient was admitted to Republican Clinical Oncological Dispensary named after Sergey Primushko in Izhevsk. Primary medical documentation was studied: outpatient card, inpatient case history, operation protocols, laboratory, instrumental and histological findings. **Results and discussion.** This clinical example demonstrates a rare case of aggressive course of papillary thyroid cancer, with metastatic lung lesions, but no metastases in regional lymph nodes. **Conclusion.** It is necessary to study and introduce into clinical practice molecular genetics and histological markers to predict such cases of the course of papillary thyroid cancer.

Key words: thyroid cancer, metastatic lesion, clinical case.

For reference: Idiatullin RM, Styazhkina SN. Lung metastatic papillary thyroid carcinoma with absence of metastases in regional lymph nodes. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2019; 12 (6): 101-104. **DOI:** 10.20969/VSKM.2019.12(6).101-104.

Введение. Рак щитовидной железы (РЩЖ) – самая частая злокачественная опухоль эндокринной системы. В структуре всех злокачественных новообразований РЩЖ занимает до 3%. [1]. Заболеваемость РЩЖ в мире варьирует у женщин в пределах 0,8–9,4 случаев на 100 тыс. населения в год и 0,6–2,6 на 100 тыс. населения у мужчин [2, 3]. Проблема злокачественных опухолей щитовидной железы для населения РФ имеет большую актуальность в связи с неуклонным и постоянным ростом заболеваемости. По темпу прироста новых случаев среди всех злокачественных новообразований рак щитовидной железы занимает лидирующее место [2, 4, 5]. Заболеваемость РЩЖ в Российской Федерации (РФ) выросла с 4,04 случая на 100 тыс. населения в 1997 г. до 8,49 случая на 100 тыс. населения в 2017 г. Прирост составил 110,1%. В России в 2017 г. вновь заболели раком щитовидной железы 12 473 человека. Смертность от РЩЖ в РФ в 2017 г. составила 0,8 случая на 100 тыс. населения [2, 6, 7].

Цель исследования – описать результаты клинического наблюдения больной папиллярным раком щитовидной железы с метастатическим поражением легких при отсутствии метастазов в региональных лимфатических узлах.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер им. Сергея Григорьевича Примушко Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (БУЗ УР РКОД им. С.Г. Примушко МЗ УР) города Ижевска, изучалась первичная медицинская документация: амбулаторная карта, история болезни стационарного больного, протоколы операции, результаты лабораторных, инструментальных и гистологических исследований.

Результаты и их обсуждение. Больная О., 48 лет, состояла на диспансерном учете в БУЗ УР РКОД им. С.Г. Примушко МЗ УР г. Ижевска с февраля 2014 г. по поводу рака щитовидной железы. Родилась и живет в Удмуртской Республике, профессиональные вредности отрицает, наследственность не отягощена, вредных привычек не имеет. Сопутствующее заболевание: артериальная гипертония 2-й стадии, II степени, риск 3. Хроническая сердечная недостаточность I степени, функциональный класс II.

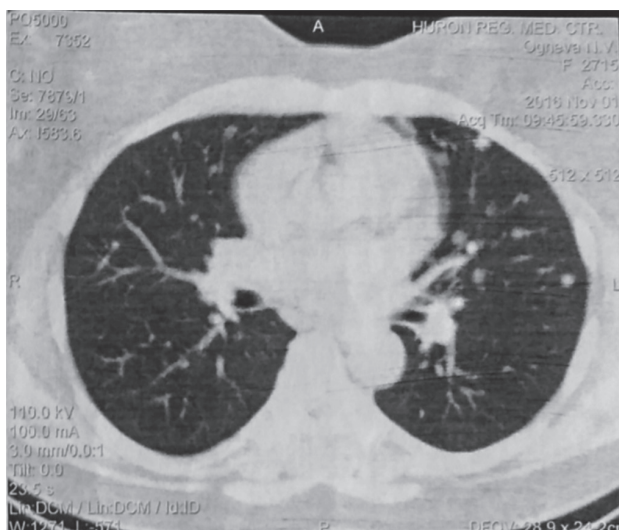
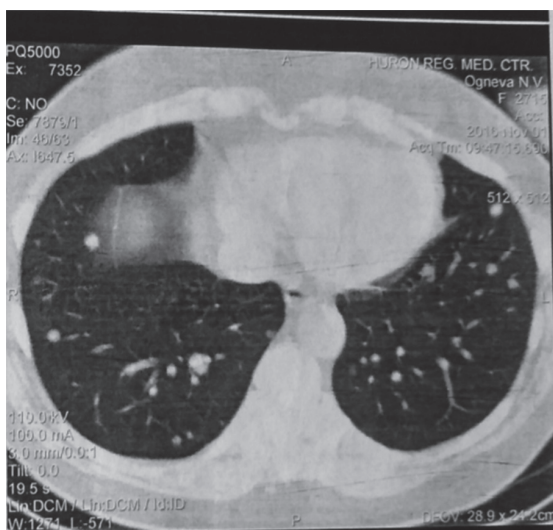
В 2014 г. отмечала периодические боли, першение в горле, была осмотрена отоларингологом. Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы: узел правой доли. Направлена на консультацию к онкологу. Первичный осмотр онколога состоялся 04.02.2014. УЗИ щитовидной железы – 04.02.2014: в правой доле визуализируется гипозоногенное образование размером 25×13×17 мм. Выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) узла щитовидной железы. Цитологическое заключение № 123: в правой доле – папиллярный рак. В онкологическом диспансере 26.03.2014 выполнена гемитиреоидэктомия справа, паратрахе-

альная лимфодиссекция справа. Гистологическое заключение № 22386 от 26.03.2014: в правой доле – папиллярный рак с инвазией капсулы и фокусами роста в окружающую жировую клетчатку, паратрахеальные лимфатические узлы справа без метастазов. Послеоперационный период протекал без особенностей, выписана в удовлетворительном состоянии, рекомендован прием L-тироксина в дозе 50 мкг в сут, наблюдение у эндокринолога, онколога.

Контрольный осмотр у онколога в марте 2016 г., УЗИ щитовидной железы от 03.03.2016: состояние после гемитиреоидэктомии справа, лимфоаденопатия шеи. Тиреотропный гормон (ТТГ) от 04.03.2016 – 1,9 мМЕ/л, Т4 свободный от 04.03.2016 – 12,5 мМЕ/л.

На контрольном осмотре у онколога 08.11.2016: при пальпации ложе удаленной правой доли щитовидной железы без узловых образований, левая доля щитовидной железы без опухолевой патологии, не увеличена, региональные лимфатические узлы шеи не определяются. По данным компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки (ОГК) от 01.11.16 (рисунок): легочной рисунок умеренно усилен за счет перибронхиального фиброза и сосудистого компонента. С обеих сторон практически во всех сегментах легких выявляются множественные очаги овальной и округлой формы, тесно прилежащие к сосудам, диаметром от 3–5 мм до 7–9 мм, часть очагов расположены субплеврально, паратрахеальные лимфатические узлы размером 7×9 мм, 7×11 мм, бифуркационный лимфоузел – 9×9 мм. Заключение: КТ-признаки множественных очаговых изменений правого и левого легкого (вероятно, вторичного генеза). УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 09.11.2016: эхографические признаки гепатомегалии, гепатоза, хронического холецистита, хронического панкреатита, двустороннего нефроптоза. УЗИ шеи от 15.11.2016: правая доля ЩЖ удалена, левая – без узловых образований, в средней трети шеи справа лимфатические узлы – 12×6 мм, подчелюстной лимфатический узел – 11×5 мм, в средней трети шеи слева два лимфатических узла – до 11×5 мм, подчелюстной лимфатический узел – 12×7 мм, над- и подключичные лимфатические узлы не определяются. Заключение: состояние после гемитиреоидэктомии справа, лимфоаденопатия шеи.

Спланирована гемитиреоидэктомия с последующим радиоизотопным лечением. 17.11.2016 выполнена гемитиреоидэктомия слева. Гистологическое заключение № 72456 от 22.11.2016: доля щитовидной железы размером 3×2×1,5 см без узловых образований, ткань щитовидной железы без опухолевого роста. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном состоянии, рекомендован прием L-тироксина в дозе 100 мкг в сут, направлена на консультацию в Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «Национальный меди-



КТ ОГК от 01.11.16: множественные очаговые изменения правого и левого легкого

цинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ (г. Обнинск) для проведения диагностики I131 с целью верификации отдаленных метастазов и проведения радиоизотопного лечения, наблюдение у эндокринолога, онколога [8–11].

Выводы. Данный клинический пример демонстрирует агрессивное течение папиллярного рака щитовидной железы, проявляющееся опухолью в щитовидной железе, метастатическим поражением легких, но при этом отсутствием метастазов в региональных лимфатических узлах. Такое течение наблюдается довольно редко. Необходимо изучение и внедрение в клиническую практику молекулярно-генетических и гистологических маркеров для прогнозирования подобных случаев течения папиллярного рака щитовидной железы.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берштейн, Л.М. Рак щитовидной железы: эпидемиология, эндокринология, факторы и механизмы канцерогенеза / Л.М. Берштейн // Практическая онкология. – 2007. – Т. 8, № 1. – С. 1–8.
2. Рак щитовидной железы. Современные подходы к диагностике и лечению / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, У.В. Румянцева, В.А. Саенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 448 с.
3. Михнин, А.Е. Рак щитовидной железы: диагностика, классификация, стадирование / А.Е. Михнин // Практическая онкология. – 2007. – Т. 8, № 1. – С. 17–18.
4. Злокачественные новообразования в России в 2017 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, 2018. – 250 с.

5. Валдина, Е.А. Заболевания щитовидной железы. Руководство / Е.А. Валдина. – СПб.: Питер, 2005. – 368 с.
6. Клинический случай осложнения при тиреоидэктомии по поводу рака щитовидной железы / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, Р.М. Идиатуллин [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – Т. 20, № 4. – С. 124–127.
7. Заривчацкий, М.Ф. Избранные страницы хирургической тиреоидологии: монография / М.Ф. Заривчацкий, С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова. – Ижевск, 2011. – 42 с.
8. Попова, Ю.В. Послеоперационные осложнения в хирургии щитовидной железы / Ю.В. Попова, А.Ф. Романчишен // Материалы 15-го Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Рязань, 2005. – С. 265–269.
9. Денисова, Л.Б. Возможности новых лучевых технологий (УЗИ, КТ, МРТ) в диагностике эндокринной патологии / Л.Б. Денисова, С.В. Воронцова, Н.В. Яурова // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2006. – № 1. – С. 29–43.
10. Серов, А.С. Значение тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии под контролем УЗИ в диагностике очаговых образований щитовидной железы / А.С. Серов, Н.А. Попова, Л.Н. Жогова // Материалы XXI Межрегион. науч.-практ. конф. – Липецк, 2008. – С. 158–160.
11. Кононенко, С.Н. Ранняя диагностика и дифференцированное лечение рака щитовидной железы / С.Н. Кононенко // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 38–41.

REFERENCES

1. Bershtein LM. Rak shchitovidnoj zhelezy: epidemiologiya, endokrinologiya, faktory i mekhanizmy kanцерогенеза [Thyroid cancer: epidemiology, endocrinology, factors and mechanisms of carcinogenesis]. *Practicheskaja onkologija* [Practical oncology]. 2007; 8 (1): 1-8.
2. Rumyantsev PO, Ilyin AA, Rumyantseva UV, Saenko VA. Rak shchitovidnoj zhelezy; Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniyu [Thyroid cancer; Modern approaches to diagnosis and treatment]. Moskva: Geotar-Media [Moscow: Geotar-Media]. 2009; 448 p.
3. Mikhnin AE. Rak shchitovidnoj zhelezy: diagnostika, klassifikaciya, stadirovanie [Cancer of the thyroid gland: diagnosis, classification, staging]. *Practicheskaja onkologija* [Practical oncology]. 2007; 8 (1): 17-18.
4. Kaprina AD, Starinsky VV, Petrova GV, ed. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2017 godu [Malignant neoplasms in Russia in 2017]. MNI OI imeni PA Gercena

- filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii [MNIOI them PA Herzen branch of the Federal Research Center of Radiology Research Center, Ministry of Health of Russia]. 2018; 250 p.
5. Valdina EA. Zabolevaniya shchitovidnoj zhelezy: Rukovodstvo [Diseases of the thyroid gland: Leadership]. SPb: Peter [St Petersburg: Peter]. 2005; 368 p.
 6. Styazhkina SN, Chernyshova TE, Idiatullin RM, Akimov AA, Valinurov AA, Varenik EYu. Klinicheskij sluchaj oslozhneniya pri tireoidektomii po povodu raka shchitovidnoj zhelezy [Clinical case of complication with thyroidectomy for thyroid cancer]. Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke [Health and Education Millennium]. 2018; 20 (4): 124-127.
 7. Zarivchatsky MF, Styazhkina SN, Chernyshov IE. Izbrannye stranicy hirurgicheskoy tireoidologii: monografija [Selected pages of surgical thyroidology: monograph]. Izhevsk. 2011; 42 p.
 8. Popova YuV, Romanchishen AF. Posleoperacionnye oslozhneniya v hirurgii shchitovidnoj zhelezy [Postoperative complications in thyroid surgery]. Materialy 15 Rossijskogo simpoziuma po hirurgicheskoy endokrinologii [Materials of the 15th Russian Symposium on Surgical Endocrinology]. 2005; 265-269.
 9. Denisova LB, Vorontsova SV, Yaurova NV. Vozmozhnosti novyh luchevykh tekhnologij (UZI, KT, MRT) v diagnostike endokrinnoj patologii [Possibilities of new radiation technologies (ultrasound, CT, MRI) in the diagnosis of endocrine pathology]. Ovestnik rentgenologii i radiologii [Herald of radiology and radiology]. 2006; 1: 29-43.
 10. Serov AS, Popova NA, Zhogova LN. Znachenie tonkoigol'noj aspiracionnoj punkcionnoj biopsii pod kontrolom UZI v diagnostike ochagovykh obrazovanij shchitovidnoj zhelezy [The value of fine-needle aspiration puncture biopsy under the control of ultrasound in the diagnosis of focal lesions of the thyroid gland]. Lipeck: Materialy XXI mezhhregionalnoj nauchno-prakticheskoy konferencii [Lipetsk: Materials of the XXI interregional scientific and practical conference]. 2008; 158-160.
 11. Kononenko SN. Rannaya diagnostika i differencirovanoe lechenie raka shchitovidnoj zhelezy [Early diagnosis and differential treatment of thyroid cancer]. Hirurgiya [Surgery]. 2000; 3: 38-41.

© С.А. Чепурненко, Г.В. Шавкута, Н.М. Булгакова, А.Д. Насытко, 2019

УДК 616.11-002-02:616-073.75

DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(6).104-107

ЛУЧЕВОЙ ПЕРИКАРДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ЧЕПУРНЕНКО СВЕТЛАНА АНАТОЛЬЕВНА, ORCID ID: 0000-0002-3834-4699; докт. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) с курсами гериатрии и физиотерапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; врач-кардиолог кардиологического диспансерного отделения Кардиохирургического центра ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Россия, 344015, Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170, тел. 8(918)507-28-93, e-mail: ch.svet2013@yandex.ru

ШАВКУТА ГАЛИНА ВЛАДИМИРОВНА, ORCID ID: 0000-0003-4160-8154; докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) с курсами гериатрии и физиотерапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29

БУЛГАКОВА НАТАЛЬЯ МИХАЙЛОВНА, ORCID ID: 0000-0001-6638-3698; канд. мед. наук, врач-кардиолог кардиологического диспансерного отделения Кардиохирургического центра ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Россия, 344015, Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170

НАСЫТКО АЛИНА ДМИТРИЕВНА, ORCID ID: 0000-0001-6341-6749; лаборант кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) с курсами гериатрии и физиотерапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, тел. 8(960)442-49-98, e-mail: rainbow98al@gmail.com

Реферат. Лучевая терапия является очень важной частью комплексной терапии при многих онкологических заболеваниях, улучшая выживаемость, но несет в себе и негативные последствия. **Цель.** В данной статье описывается клинический случай, где осложнением проводимой лучевой терапии явилось развитие радиационно-индуцированной болезни сердца – экссудативного перикардита. **Материал и методы.** В статье рассматривается развитие острого перикардита у пациентки, оперированной по поводу рака яичников 3-й стадии, клиническая группа 2, Т3 N0 M0. **Результаты и их обсуждение.** После операции пациентка получила 6 курсов химиотерапии карбоплатином 600 мг, паклитакселем 300 мг на фоне терапии сопровождения: хлоропирамин, латран, дексаметазон, квамател. С целью поиска возможных метастазов за 6 мес пациентке было сделано 3 спиральных компьютерных томографий органов грудной клетки и 2 спиральных компьютерных томографии брюшной полости и малого таза, а также позиционно-эмиссионная компьютерная томография всего тела с использованием радиофармпрепарата. Суммарная лучевая нагрузка составила 75,9 мЗв. С помощью дополнительных исследований исключены гипотиреоз, системные заболевания, нефротический синдром. Это позволило предположить лучевой генез экссудативного перикардита. В результате лечения ибупрофеном 600 мг каждые 8 ч, колхицином в дозе 0,5 мг 2 раза в сут под прикрытием пантопрозола 20 мг однократно через 1 мес лечения удалось устранить экссудативный перикардит. **Выводы.** При составлении плана обследования пациента необходимо учитывать суммарную дозу облучения, полученную ранее. Использовать наиболее информативные методы исследования, позволяющие избежать повторные спиральные компьютерные томографии.

Ключевые слова: лучевой экссудативный перикардит, спиральная компьютерная томография, суммарная доза облучения, колхицин, ибупрофен.

Для ссылки: Лучевой перикардит в результате использования рентгенологических исследований / С.А. Чепурненко, Г.В. Шавкута, Н.М. Булгакова, А.Д. Насытко // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12, вып. 6. – С. 104–107. DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(6).104-107.