

## ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ Фолликулярной Аденомы и фолликулярного рака щитовидной железы (Клинический случай)

Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Башмаков А.Б.<sup>1</sup>, Идиатуллин Р.М.<sup>1</sup>, Кабанова Е.В.<sup>1</sup>, Семеновых Е.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail [odin\\_kot@list.ru@mail.ru](mailto:odin_kot@list.ru@mail.ru)

Проведен анализ клинического случая пациентки А., были собраны и проанализированы заключения специалистов за весь период заболевания. Пациентка находилась на стационарном лечении в эндокринологическом отделении БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска с 09.02.2018 по 26.02.2018 с диагнозом: токсическая аденома щитовидной железы. Тиреотоксикоз средней степени тяжести. За время нахождения в клинике пациентке были проведены следующие исследования: полный анализ крови, биохимический анализ крови, полный анализ мочи, электрокардиография, ультразвуковое исследование щитовидной железы. Была выполнена тонкоигольная пункционная биопсия узла в левой доле: выраженная пролиферация тиреоцитов с образованием большого количества фолликулярных структур. Выявлены цитологические признаки повышения функциональной активности тиреоцитов. Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение, назначен план ведения больной: общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, подготовка к оперативному вмешательству и премедикация, односторонняя лобэктомия щитовидной железы (гемитиреоидэктомия) с направлением операционного материала на гистологическое исследование. Результаты прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала: гистологическая картина больше соответствует фолликулярному раку с инвазивным ростом в капсулу. Учитывая полученные данные и крайне затруднительную дифференциальную диагностику фолликулярной аденомы и фолликулярного рака, мы не можем точно утверждать, успела ли опухоль малигнизироваться, или же возникли трудности с диагностикой.

Ключевые слова: фолликулярная аденома, фолликулярный рак, щитовидная железа, малигнизация, дифференциальная диагностика.

## PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF FOLLICULAR ADENOMA AND FOLLICULAR CANCER OF THE THYROID GLAND (CLINICAL CASE)

Styazhkina S.N.<sup>1</sup>, Bashmakov A.B.<sup>1</sup>, Idiatullin R.M.<sup>1</sup>, Kabanova E.V.<sup>1</sup>, Semenovych E.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Izhevsk State medical academy, Izhevsk, e-mail [odin\\_kot@list.ru@mail.ru](mailto:odin_kot@list.ru@mail.ru)

The analysis of the clinical case of patient A was carried out, the conclusions of specialists for the entire period of the disease were collected and analyzed. The patient was on inpatient treatment in the endocrinology department of the Ministry of Health Udmurt Republic "First Republican clinical hospital of Udmurt Republic" Izhevsk from 09.02.2018 to 26.02.2018 with the diagnosis: toxic adenoma of the thyroid gland. Thyrotoxicosis of moderate severity. During her time in the clinic, the patient underwent the following tests: complete blood count, biochemical blood test, complete urine analysis, electrocardiography, ultrasound examination of the thyroid gland. A fine needle puncture biopsy of the node in the left lobe was performed: pronounced proliferation of thyroid cells with the formation of a large number of follicular structures. Cytological signs of an increase in the functional activity of thyroid cells have been revealed. The patient was hospitalized in the surgical department, the patient's management plan was appointed: general and biochemical blood test, general urine analysis, ultrasound examination of the thyroid, preparation for surgery and premedication, one-sided lobectomy of the thyroid (hemithyroidectomy) with the direction of the surgical material for histological examination. The results of an intravital pathoanatomical study of a biopsy (surgical) material: the histological pattern is more consistent with a follicular cancer with invasive growth in the capsule. But despite these data, given the extremely difficult differential diagnosis of follicular adenoma and follicular cancer, we can't accurately state whether the tumor has been malignant, or whether there have been difficulties with diagnosis.

Keywords: follicular adenoma, follicular cancer, thyroid gland, malignancy, differential diagnostics.

Заболевания щитовидной железы весьма распространены в мире и находятся на втором месте в структуре эндокринной патологии. Особенно распространены эти

заболевания в районах, где имеет место алиментарная недостаточность йода, а также в районах с неблагоприятной экологической обстановкой – до 50% всех заболеваний органов эндокринной системы [1, с. 130]. Одним из этих районов является территория Удмуртской Республики [2, с. 123].

У взрослых среди женского населения патология щитовидной железы составляет до 15%, тогда как среди мужчин эти заболевания встречаются несколько реже [3, с. 37]. Из всех патологий щитовидной железы наиболее часто встречаются узловые образования. Зачастую они существуют бессимптомно и обнаруживаются случайно при ультразвуковом исследовании щитовидной железы [4, с. 60]. Однако порой локализованная в щитовидной железе патология может маскироваться под проявления вегетососудистой дистонии или дисбактериоза, а на более поздних стадиях в патологический процесс вовлекаются многие органы и системы, что может привести к серьёзным осложнениям [5, с. 152; 6, с. 220].

На сегодняшний день существует огромный выбор методов и средств диагностики заболеваний щитовидной железы, как физикальных, так и лабораторно-инструментальных. Самый распространенный из них – ультразвуковое исследование щитовидной железы. Этот метод позволяет визуализировать узловое образование в железе, но не может предоставить абсолютно точные данные о его природе (доброкачественный или злокачественный). Также с помощью метода ультразвуковой диагностики возможно выполнить тонкоигольную аспирационную биопсию с направлением полученного материала на цитологическое исследование, однако даже этот метод не позволяет поставить верный диагноз, так как одной из особенностей фолликулярного рака щитовидной железы является отсутствие клеточной и тканевой атипии, а главным критерием диагностики является инвазивный рост в капсулу или стенку сосуда, что можно увидеть при гистологическом исследовании операционного материала. Вследствие этих трудностей диагностики опухолевых заболеваний щитовидной железы правильный дооперационный диагноз устанавливается лишь в 60% [7, с. 516; 8, с. 42; 9, с. 138].

**Цель исследования.** Показать трудности дифференциальной диагностики фолликулярной аденомы от фолликулярного рака щитовидной железы. Определить специфику клинического течения, морфологии данных заболеваний. Рассмотреть клинический случай, выделить и изучить его особенности, сопоставить с теоретическими данными.

**Материал и методы.** В данной работе представлен анализ истории болезни, анамнестических данных, результатов объективного обследования и лабораторно-инструментальных исследований пациентки с аденомой щитовидной железы. Выявлены особенности клинического течения и оказания медицинской помощи БУЗ УР «Первая

республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска клинической больной А., 60 лет, с диагнозом токсическая аденома щитовидной железы, тиреотоксикоз средней степени тяжести. Пациентка находилась на стационарном лечении в эндокринологическом отделении БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» с 09.02.2018 по 26.02.2018 с диагнозом: токсическая аденома щитовидной железы. Тиреотоксикоз средней степени тяжести. Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 3, хроническая сердечная недостаточность 1, функциональный класс 1. Дислипидемия.

За время нахождения в клинике пациентке были проведены следующие исследования: полный анализ крови, биохимический анализ крови, полный анализ мочи, электрокардиография, ультразвуковое исследование щитовидной железы. Пациенткой предоставлены данные пункционной биопсии щитовидной железы.

**Результаты и обсуждения.** Результаты полного анализа крови от 19.02.2018: эритроциты  $4,34 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты  $5,02 \cdot 10^9/л$ , тромбоциты  $382 \cdot 10^9/л$ , гемоглобин 118г/л, скорость оседания эритроцитов 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 19.02.2018: белок общий 75 г/л, альбумин 38 г/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин общий 6,04 ммоль/л, триглицериды 0,8 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности 1,97 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности 3,0 ммоль/л, билирубин общий 10,0 мкмоль/л, мочевины 6,21 ммоль/л, креатинин 83 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза 20 единиц/л, аспартатаминотрансфераза 13 единиц/л, калий 4,34 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, время свертывания крови 5,1 минуты, протромбиновый индекс 97%, протромбиновое время 13,5 секунды, фибриноген 3,3 г/л, время кровотечения 1,3 минуты, тиреотропный гормон 0,045 мЕд/л, свободный тироксин 10,9 мЕд/л.

Уровень тиреотропного гормона значительно снижен, а свободный тироксин находится на нижней границе нормы, из этого следует, что у данной больной гипотиреоз. У данного состояния есть множество причин, и одной из них является фолликулярная аденокарцинома.

Анализ мочи от 19.02.2018: цвет светло-желтый, прозрачная, плотность 1010, белок 0 г/л, глюкоза 0 ммоль/л, кетоны 0 моль/л, эпителий 0 в поле зрения, лейкоциты 0 в поле зрения, эритроциты 0 в поле зрения, цилиндры 0 в поле зрения, бактерии и соли не обнаружены.

Ранее, 17.10.17, была выполнена тонкоигольная пункционная биопсия узла в левой доле: выраженная пролиферация тироцитов с образованием большого количества фолликулярных структур. Выявлены цитологические признаки повышения функциональной активности тироцитов.

По данным УЗИ, образование левой доли щитовидной железы 41x29x27 мм с четкой

капсулой и переходом на перешеек.

В отделении эндокринологии БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» пациентке проводилось лечение тиамазолом, препаратами калия и магния, бисопрололом, выполнялся плазмаферез. Выписана в удовлетворительном состоянии, рекомендовано продолжение медикаментозной терапии и плановое оперативное лечение.

Больная А. 26.02.2018 поступила в хирургическое отделение БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» г. Ижевска с жалобами на периодически возникающее сердцебиение, а также тремор рук. Из истории заболевания известно, что в 2017 году при диспансеризации было выявлено объёмное образование в щитовидной железе, предположительно в левой доле. Из анамнеза жизни мы выяснили, что пациентка страдает гипертонической болезнью, в 1997 году перенесла ампутацию матки с яичниками по поводу миомы матки и злокачественной опухоли яичника, а в 2003 году была проведена левосторонняя мастэктомия вследствие рака молочной железы 1 стадии.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Дышит через нос свободно. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца ритмичные, ясные, артериальное давление 110/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 86 ударов в минуту, частота дыхательных движений 16 в минуту. Одышка не беспокоит. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги, безболезненная. Объёмных образований в брюшной полости не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отёков нет. Молочные железы: отсутствует левая молочная железа после мастэктомии по поводу рака в 2003 г. Лимфатические узлы без особенностей.

*Локальный статус:* щитовидная железа увеличена в размерах за счёт левой доли по классификации ВОЗ 2 ст., при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненная, правая доля не увеличена. В левой доле в нижнем полюсе определяется объёмное образование округлой формы размером 3,5×3×2,5 см. Лимфоузлы шеи не пальпируются. Глазные симптомы отрицательные.

Пациентка А. была госпитализирована в хирургическое отделение, назначен план ведения больной: общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, подготовка к оперативному вмешательству и премедикация, односторонняя лобэктомия щитовидной железы (гемитиреоидэктомия) с

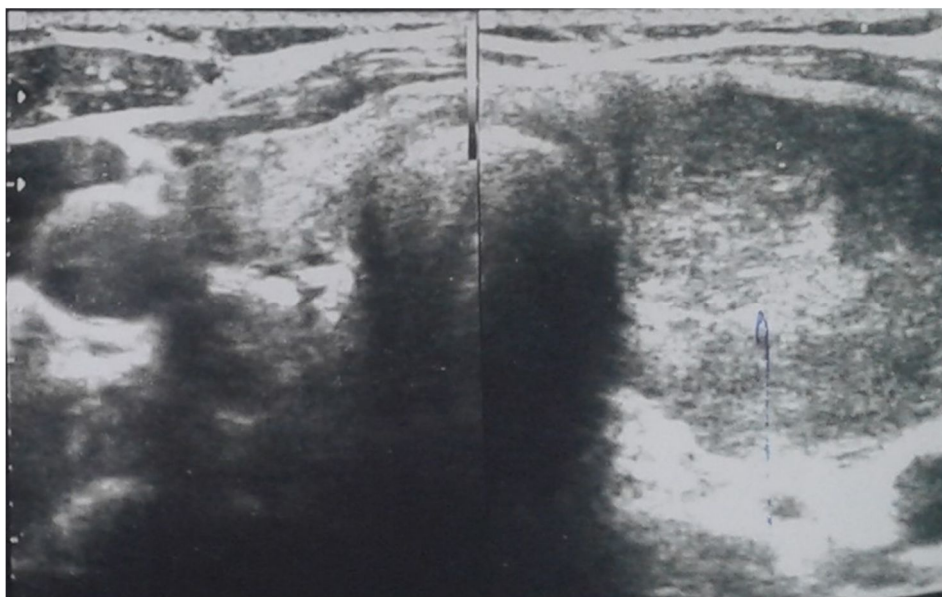
направлением операционного материала на гистологическое исследование.

*Общий анализ крови от 02.03.18:* эритроциты  $4,04 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты  $7,09 \cdot 10^9/л$ , тромбоциты  $449 \cdot 10^9/л$ , гемоглобин 108г/л, скорость оседания эритроцитов 23 мм/ч.

Заключение: по данным общего анализа крови, учитывая пониженный уровень гемоглобина, количество эритроцитов, находящееся на нижней границе нормы, а также повышенную скорость оседания эритроцитов (для женщин старше 60 лет данный показатель должен быть ниже 20), можно сделать вывод, что у данной пациентки анемия.

*Анализ крови от 11.01.18* на определение группы крови и Rh-фактор: 0(I) Rh+ положительная.

Данные УЗИ щитовидной железы: положение обычное, контуры левой доли неровные. Размеры левой доли: толщина 1,6 см, длина 4,7 см, ширина 2,3 см, объём  $12,0 \text{ см}^3$ . Размеры правой доли: толщина 1,1 см, длина 3,5 см, ширина 1,3 см, объём  $3,0 \text{ см}^3$ . Перешеек 2 мм, общий объём  $15 \text{ см}^3$ . Правая доля изоэхогенна и однородна. Значительную часть левой доли (кроме верхнего полюса) занимает узловое образование изоэхогенной неоднородной структуры  $3,6 \cdot 2,3 \cdot 2,8$  см со смешанным типом кровотока. Шейные лимфоузлы не увеличены. Заключение: УЗИ-признаки узлового зоба (рис. 1).



*Рис. 1. Узловое образование в левой доле щитовидной железы при УЗИ*

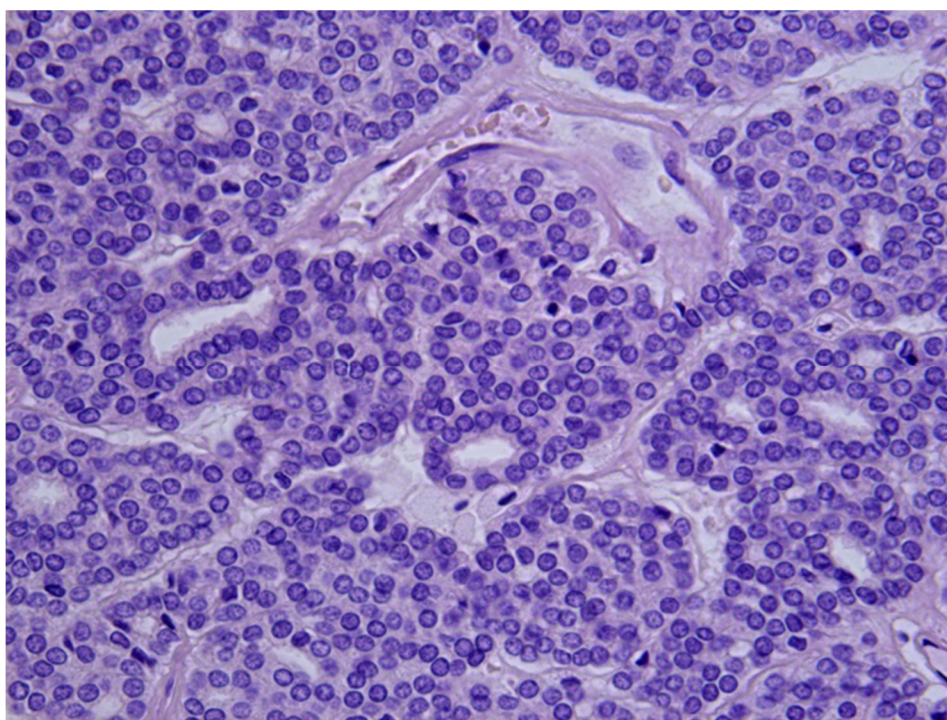
Пациентка была подготовлена к односторонней лобэктомии щитовидной железы (гемитиреоидэктомия).

В день операции общее состояние больной удовлетворительное, активно жалоб не предъявляет.

Предоперационный эпикриз: показания к операции и обезболиванию основаны на клиничко-инструментальных, лабораторных данных и результатах цитологии (фолликулярная

аденома) аденомы левой доли щитовидной железы. Узел в левой доле более 3 сантиметров в диаметре, является показанием к операции – гемитиреоидэктомии слева под эндотрахеальным наркозом. Начало операции 27.02.18 9:15. Окончание 27.02.18 10:25. Продолжительность операции составила 1 час 10 минут. Ход операции: под эндотрахеальным наркозом был выполнен разрез кожи на передней поверхности шеи длиной 8 см на 2 см выше яремной вырезки грудины. Пересечены мышцы. Выделена левая доля щитовидной железы размером 5\*3\*4 см, плотно-эластической консистенции. Практически всю левую долю занимает один большой узел. Выделены верхняя и нижняя щитовидные артерии, перевязаны. После перевязки сосудов левая доля щитовидной железы удалена субфасциально по Николаеву. Перешеек и правая доля пальпаторно не увеличены, узлов в них не определяется. Контроль гемостаза – сухо. В коже левой доли установлен перчаточный дренаж. Послойно швы на рану. Спирт. Асептическая повязка. Макропрепарат левой доли щитовидной железы отправлен на гистологическое исследование.

Результаты прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала: гистологическая картина больше соответствует фолликулярному раку с инвазивным ростом в капсулу (рис. 2, 3).

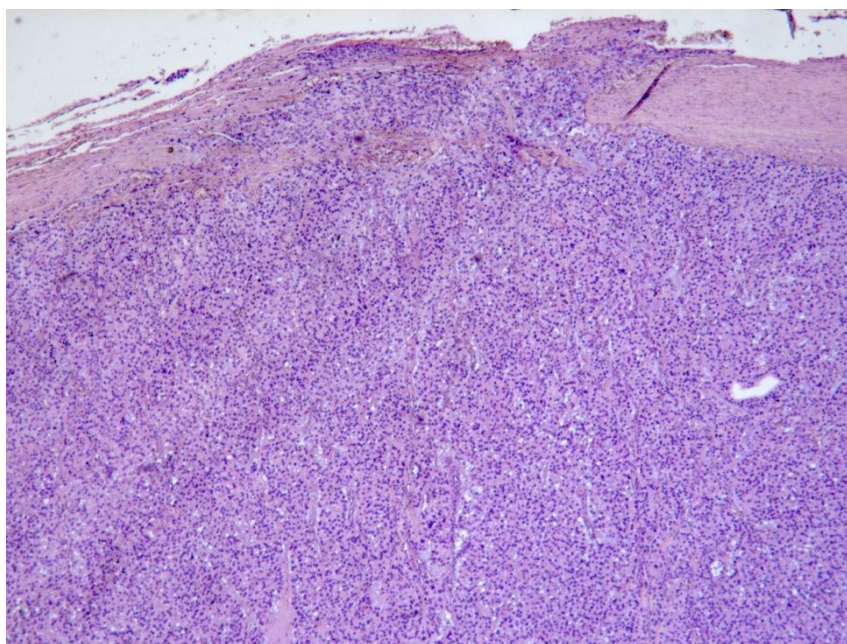


*Рис. 2. Гистокартина фолликулярного рака. Видны мелкие фолликулы из клеток щитовидной железы с клеточным (деформированные гиперхромные ядра) и тканевым (нарушение фолликулярного строения щитовидной железы) атипизмом*

На следующий день после операции больная предъявляет жалобы на умеренные боли в области операционной раны. Голос сохранен. Объективно состояние удовлетворительное,

сознание ясное, положение активное. Кожа физиологической окраски. Показатели дыхательной и сердечно-сосудистой и пищеварительной систем без особенностей. Повязка умеренно промокла геморрагическим отделяемым, рана чистая. Произведено обезболивание кетаролака трометанином, выполнена перевязка. Дальнейший послеоперационный период без особенностей.

Через 8 дней после операции пациентка предъявляет жалобы на незначительные боли в области послеоперационной раны. Объективно состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, одинаково выслушивается над всеми легочными полями, хрипов нет, частота дыхательных движений 17 в минуту. Пульс 72 удара в минуту, артериальное давление 120/70 миллиметров ртутного столба. Язык влажный, без налёта. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика выслушивается. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты. Выписана на амбулаторное лечение. Рекомендовано наблюдение хирурга, эндокринолога, онколога. Сдать кровь на определение концентрации тиреотропного гормона и свободного тироксина через полтора месяца, а также консультация эндокринолога БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР».



*Рис. 2. Инвазивный рост в капсулу фолликулярного рака*

Результаты исследований: 17.10.17 была выполнена тонкоигольная пункционная биопсия узла в левой доле: выраженная пролиферация тироцитов с образованием большого количества фолликулярных структур. Выявлены цитологические признаки повышения функциональной активности тироцитов. По данным УЗИ, образование левой доли

щитовидной железы 41x29x27 мм с четкой капсулой и переходом на перешеек.

**Выводы.** Расхождение данных морфологических исследований, выполненных с интервалом в 4 месяца (17.10.17 и 12.02.18), может свидетельствовать о быстром прогрессировании процесса и малигнизации опухоли, или же служить наглядным примером затруднительной дооперационной дифференциальной диагностики фолликулярной аденомы и фолликулярного рака щитовидной железы.

### Список литературы

1. Структура заболеваний щитовидной железы у пациентов различных возрастных групп / Ю.В. Кухтенко [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2016. – № 3. – С. 130-136.
2. Анализ структуры заболеваемости токсическим зобом по материалам клиники факультетской хирургии 1РКБ / Р.Н. Нифталиев, И.Р. Султанов, В.С. Самарцев // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 8. – С. 123-124.
3. Щитовидная железа и сердце / А.С. Карась, А.Г. Обрезан // Клиническая и экспериментальная тиреодология. – 2009. – № 3. – С. 37-42.
4. Структура узловых образований в хирургии щитовидной железы / С.Б. Пинский, В.А. Белобородов // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 59-64.
5. Клинико-функциональные особенности заболеваний щитовидной железы у лиц молодого возраста, проживающих в г. Владикавказ / Е.С. Кесаева // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – № 4. – С. 152-153.
6. Распространенность осложнений и сопутствующих заболеваний у госпитализированных больных с патологией щитовидной железы в Тульской области / Ю.В. Бурякова // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – № 4. – С. 220-222.
7. Эффективность диагностики рака щитовидной железы / М.В. Варганов [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – № 4. – С. 515-517.
8. Возможности эхографии в дифференциальной диагностике фолликулярных опухолей щитовидной железы / Н.В. Желонкина [и др.] // Радиация и риск. – 2016. – № 3. – С. 35-45.
9. Клинико-морфологическая и иммуногистохимическая характеристики фолликулярных опухолей щитовидной железы / Н.Ю. Орлинская [и др.] // Медицинский альманах. – 2015. – № 2. – С. 135-138.