

УДК 616.441-006.6-07(476.2)

**ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: МЕТОДЫ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ, ЛОГИСТИКА**

Климантович А. Ю., Архипенко Д. А., Костюкевич Я. П.

Научный руководитель: к.б.н., доцент С. А. Иванов

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Рак щитовидной железы (РЩЖ) является самой частой опухолью эндокринной системы. В Беларуси ежегодно заболевает более 1200 человек, заболеваемость составляет 10,4 случая на 100 тыс. населения в год (2016 г., World Standard). Основные методы первичной диагностики РЩЖ: физикальное обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы (ЩЖ), тонкоигольная аспирационная биопсия с последующей цитоскопией аспирата, гистологическое исследование узлового образования (УО). Жалобы и пальпаторные данные, как правило, отсутствуют при УО до 1–1,5 см. Поэтому в настоящее время одним из основных методов первичного выявления РЩЖ является УЗИ. Для селекции УО, которые требуют ТИАБ, разработана шкала THIRADS. Решение о пункции принимается с учетом эхоскопических параметров и размера УО. С целью унификации данных цитоскопии используется шкала Bethesda.

Мероприятия по первичной диагностике РЩЖ в Беларуси осуществляются в учреждениях здравоохранения (УЗ) неонкологического профиля. При выявлении подозрения на РЩЖ или РЩЖ дальнейшее обследование проводится в онкологических учреждениях. При этом число визитов пациента в УЗ и общее время обследования могут варьировать в зависимости от способа выявления и клинических параметров УО.

Цель

Проанализировать закономерности первичной диагностики РЩЖ у пациентов Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проанализированы данные первичной медицинской документации 80 жителей Гомельской области, у которых был выявлен РЩЖ в 2019 г., в том числе 69 (86 %) женщин, 11 (14 %) мужчин, возраст от 24 до 83 лет. Морфологический вариант РЩЖ — папиллярный рак в 79 наблюдениях, медулярный рак — 1. Исследовали следующие показатели: частота способов обнаружения УО, подозрительных на РЩЖ, временной интервал от начала диагностики до подтверждения диагноза, число посещений УЗ в зависимости от способа выявления и размера УО. Данные представлены в виде числовых значений и таблиц. Обработка данных была произведена в программе «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Мероприятия по первичной диагностике РЩЖ у всех пациентов включали: сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, УЗИ ЩЖ и лимфатических узлов шеи, ТИАБ и цитоскопия аспирата, гистологическое исследование УО.

Жалобы со стороны органов шеи отмечены у 11 (14 %) пациентов. Еще 4 (5 %) пациента состояли на учете в эндокринологическом диспансере по поводу эутиреоидного узлового зоба или аутоиммунного тиреоидита и проходили контрольные обследования.

Поводом для выполнения УЗИ ЩЖ при отсутствии жалоб, анамнестических и физикальных данных были: появление симптомов со стороны других органов и систем,

которые требуют обследования ЩЖ — 13 (20,3 %) случаев, собственная инициатива пациента — 49 (61,3 %) случаев, обследование по договору страхования — 3 (3,8 %) случая. Распределение УЗ, в которых было выполнено первое по счету УЗИ ЩЖ: частная клиника 23 (28,8 %) пациента, участковая поликлиника — 30 (37,5 %) пациентов, онкологический диспансер — 5 (6,25 %), эндокринологический диспансер — 16 (20 %) пациентов, другие УЗ — 6 (7,5 %). В 28 случаях, когда имелись клинические показания, первое УЗИ было выполнено в участковой поликлинике в 8 (10 %) наблюдениях, в эндокринологическом диспансере — в 2 (2,5 %). При обследовании без показаний первое УЗИ было выполнено в частной клинике в 21 (26,3 %) случаях из 52. Размер УО в исследуемом материале составил $1,4 \pm 6,3$ см, минимальный — 0,5 см, максимальный — 4,3 см. Распределение категорий THIRADS по данным первичного УЗИ ЩЖ имеет следующий вид: THIRADS-3 — 10 (12,5 %), THIRADS-4a — 40 (50 %), THIRADS-4b — 23 (28,8 %), THIRADS-5 — 4 (5 %). Распределение категорий Bethesda: Bethesda-3 — 2 (2,5 %), Bethesda-4 — 10 (12,5 %), Bethesda-5 — 35 (43,8 %), Bethesda-6 — 31 (38,8 %). У пациентов с подозрением на РЩЖ было выполнено хирургическое вмешательство с интраоперационным плановым гистологическим исследованием. При этом диагноз РЩЖ подтвержден интраоперационно в 67 (83,8 %) случаях, при плановом исследовании — в 10 (12,5 %) случаях, в том числе у 3 (3,8 %) пациентов понадобилась дополнительная консультация морфолога. Число визитов в УЗ и длительность обследования при УО различного размера представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Число визитов и длительность обследования при УО ЩЖ разного размера

Размер УО, см	Число инстанций, Me(Q ₂₅ ; Q ₇₅)	Значимость различия, p	Длительность обследования, недели M ± SD	Значимость различия, p
Не более 1,0, n = 19	4 (3; 4)	0,7 (>0,05)	11 ± 3,5	0,1 (>0,05)
1,1–2,0, n = 52	4 (3; 4)	0,9 (>0,05)	13 ± 8	0,09 (>0,05)
2,1 и более, n = 9	4 (3; 4)	0,8 (>0,05)	10 ± 4,0	0,8 (>0,05)

Сравнение числа визитов в УЗ при поэтапном проведении первичной диагностики РЩЖ показало отсутствие статистически значимого различия при УО не более 1,0 см, 1,1–2,0 см и 2,1 см и более. Общее число визитов в УЗ составило 3 или 4 в большинстве наблюдений (81%). Типичная логистическая цепочка имела следующий вид: (1) УЗИ ЩЖ в УЗ общего профиля (участковая поликлиника, частная клиника) и выявление подозрительного УО, (2) ТИАБ подозрительного УО в специализированном УО (эндокринологический диспансер или онкологический диспансер), (3) — консультация препаратов в онкологическом диспансере, (4) операция в онкологическом диспансере с гистологическим подтверждением РЩЖ. Это свидетельствует о преемственности в работе УЗ при первичной диагностике РЩЖ и эффективном использовании шкал THIRADS и Bethesda. Сравнение длительности обследования также не показало статистически значимого различия при УО не более 1,0 см, 1,1–2,0 см и 2,1 см и более ($p > 0,05$ для всех пар сравнения).

Выводы

Первичная диагностика РЩЖ в Гомельской области в 2019 г. проводилась в соответствии с типовым алгоритмом и использованием стандартных методов исследования. Это позволило в большинстве случаев (81 %) выполнять необходимый объем мероприятий в оптимальные сроки и за счет максимально обоснованного числа визитов в УЗ независимо от размера выявленного УО.