

АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

Соколова А.Ю., Киселева Т.П.

В нашем регионе показатели заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ) значительно выше, чем в среднем по России (6,0 на 100000 населения) и в ближайших областях. По Свердловской области стандартизированный показатель составляет 6,7‰, а в г. Екатеринбурге 8,15‰ (в сравнении с Тюменской-3,15‰, Челябинской-5,65‰). Также отмечается тенденция к росту РЩЖ за 3 последние пятилетия в 1,2 раза: в Екатеринбурге-с 6,6 до 8,15‰, а в области с 5,4 до 6,7‰. Например, по данным статистики в Республике Башкортостан заболеваемость РЩЖ остается на стабильном уровне (по сведениям за 3 года) и составляет 2,55‰. Рост патологии щитовидной железы в нашей области связан также с улучшением качества диагностики, однако высокие показатели заболеваемости в нашем регионе требуют дальнейшего изучения этой проблемы, разработки профилактических мер, усовершенствования диспансерного наблюдения за пациентами и их родственниками. В том числе для прогнозирования клинического течения необходим поиск достоверных молекулярно-генетических маркеров различных форм РЩЖ и дальнейшее внедрение в практическое здравоохранение.

Цель работы: Изучить возрастную, морфологическую структуру РЩЖ отдельно взятой группы йододефицитного региона. Выявить группы риска первично возникшего РЩЖ, частоту и причины послеоперационных рецидивов.

Материалы и методы: Проанализированы истории болезни 68 человек (67 женщин, 1 мужчина), которые наблюдаются с 1963 г. по январь 2007 г. Возраст на момент верификации диагноза от 18 до 76 лет. Программа обследования включала: ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение ТТГ, св.Т4, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ) с

последующим цитологическим исследованием, интра- и послеоперационное гистологическое исследование удаленной тиреоидной ткани, консультацию онколога.

Результаты работы: На момент постановки диагноза первичного РЩЖ возраст больных был от 18 до 76 лет: с 18 до 40 лет-17 человек (25%), от 40 до 60 лет-35 человек (51,5%), старше 60 лет-16 человек (23,5%). До операции у 1 больной выявлен тиреотоксикоз (1,5%), у 1 пациентки - субклинический гипотиреоз (1,5%), у 64 человек – эутиреоз (97%).

По морфологической структуре в целом:

- Папиллярные карциномы у 47 чел. (что составляет 69,12% от всех форм рака).
- Фолликулярные в 15 случаях (22,06%).
- Анапластический рак у 3 чел. (4,41%).
- Медуллярный рак-3 чел. (4,41%).

Пациенты с дифференцированным раком щитовидной железы (ДРЩЖ) разделены на 2 группы (с учетом группирования по стадиям в 6 редакции TNM (UICC, 2002). 1 группа (до 45 лет на момент верификации диагноза) 27 чел. – 40,9%, все пациентки с I стадией заболевания. По морфологической структуре: папиллярные карциномы в 22 случаях (81,5%), фолликулярные в 5% (18,5%). Им выполнен разный объем оперативного вмешательства (от органосохраняющего до радикального). Комбинированное лечение проведено у 3 человек (тиреоидэктомия и лучевая терапия).

Во II группе (старше 45 лет) 35 чел. – 53,03%, стадии РЩЖ: I, II, III, IVb. Папиллярный рак у 26 человек (74,3%), фолликулярный рак наблюдался у 9 пациентов (25,7%). Оперативное лечение проведено у 33 чел., у 1 чел. тиреоидэктомия и абляция радиоактивным йодом, двум женщинам отказано в оперативном лечении: в 1 случае T4aNxMx(IVb), РЩЖ с прорастанием пищевода, проведена паллиативная операция – гастростомия; во 2 случае у пациентки тяжелая сопутствующая патология – ХПН (емодиализ), ИБС.

Послеоперационные (местные и регионарные) рецидивы ДРЩЖ составили в целом 9,68% (у 6 чел.). В I группе – 4 наблюдения (6,45%), гистологически

папиллярный рак у 1 чел., фолликулярно-папиллярный у 3 чел. Во II группе – 2 случая рецидива папиллярного РЩЖ (3,23%). У больных не было супрессии левотироксином. Неадекватный объем операции (гемитиреоидэктомия) у 3 чел. У 1 женщины в анамнезе беременность и лактация. В т. ч. 3 женщины (50% от общего количества рецидивов) оперированы по поводу рака другой локализации.

Пятилетняя выживаемость после оперативного лечения при высокодифференцированных РЩЖ составила 100%.

Отдельно выделена группа с медулярным РЩЖ (3 чел.). Первичное лечение во всех случаях проведено более 5 лет назад. Регионарные рецидивы имели место у 1 чел.(трижды проводилось хирургическое лечение).

Заключение: 1. Чаще первичный РЩЖ выявляется у женщин в возрасте от 40 до 60 лет, пациенты с раком другой локализации являются группой риска РЩЖ, особенно при наличии узловых форм зоба.

2. Основную долю в морфологической структуре составляют папиллярные карциномы (69,12%).

3. Частота фолликулярного рака ЩЖ в результатах нашего исследования составила 22,06%, что превышает частоту встречаемости данного рака в подобных научно-практических публикациях, возможно это связано с наличием йодного дефицита в нашем регионе.

4. Послеоперационные рецидивы зависят от формы рака (папиллярные карциномы), объема оперативного вмешательства, наличия проводимой заместительной-супрессивной терапии левотироксином в первые годы после оперативного лечения.

5. Пятилетняя выживаемость при высокодифференцированных формах РЩЖ составляет 100 %.