

УДК 616-006.04-053.3 (575.2) (04)

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.Т. Тологонов – аспирант,
А.Р. Жумабаев – директор,
Национальный центр онкологии, г. Ош,
Ч.Д. Рыспекова – зав. отд.,
Р.Т. Аралбаев – проректор КГМИП и ПК,
Э.К. Макимбетов – докт. мед. наук, проф.

Timely detection of the malignant tumors of thyroid gland, and recommendations for organizational measures regarding the pathology of the thyroid gland. The work is result of analysis of information about 32 patients with thyroid gland cancer who permanently live in Osh, Jalalabat and Batken regions of Kyrgyzstan Republic. They were examined and received treatment between 1993 and 2003.

В последние годы отмечается рост заболеваемости злокачественными опухолями различной локализации, в том числе и щитовидной железы (ЩЖ). По данным ВОЗ, за последние 20 лет частота рака щитовидной железы возросла в два раза и составляет от 0,5 до 3% всех злокачественных новообразований [1]. Результаты статистической обработки показали, что в общем числе заболевших злокачественными новообразованиями удельный вес больных раком ЩЖ в Кыргызстане в отдельные годы составлял от 0,4 до 1,6%. В структуре злокачественных новообразований эндокринных желез рак ЩЖ занимает третье место (25,1%) после рака яичников (49,2%) и поджелудочной железы (34,2%) [2].

Несмотря на успехи, достигнутые в последнее время в диагностике рака ЩЖ и доступности органа для осмотра и пальпации, все еще остается очень низким число выявленных больных с ранними стадиями. По данным А.И. Пачес, III–IV стадии рака ЩЖ диагностируют в 47–86,4% случаев [3]. В настоящее время существенно изменились представления о патогенезе, способах диагностики и лечения рака ЩЖ. Внедрены в практику современные ме-

тодики обследования ЩЖ, такие, как компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), которые значительно повысили возможности диагностики узловых образований, в том числе рака ЩЖ. Однако остается до конца не решенной проблема своевременной дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований щитовидной железы. По данным ряда исследователей, правильный диагноз рака ЩЖ устанавливается до операции лишь в 25–40% случаев [4, 5]. Связано это с неполноценной предоперационной диагностикой либо неправильной трактовкой ее результатов, это приводит к тому, что объем выполняемого оперативного вмешательства оказывается неадекватным. Это требует как расширения существующих методик, так и их дальнейшего совершенствования для комплексной оценки в каждой конкретной клинической ситуации.

Заболеваемость раком ЩЖ по регионам Кыргызстана неодинакова. Наиболее высокие показатели заболеваемости характерны для Чуйской области ($1,85^0/0000$) и г. Бишкек ($1,96^0/0000$), наиболее низкие в Ошской ($0,25^0/0000$), Нарын-

ской ($0,53^{0/0000}$), Таласской ($0,35^{0/0000}$), Жалалабатской ($0,1^{0/0000}$) областях [2].

По данным Национального центра онкологии (НЦО) при МЗ Кыргызской Республики, отмечается рост числа больных раком ЩЖ: если с 1960–1979 гг. – 290 случаев, то с 1990 по 1999 гг. зарегистрирован 341 случай злокачественной опухоли, что составляет в среднем 33,4–39,6% наблюдений [1, 6, 7].

Материалы и методы. По нашим данным за период с 1993 по 2003 гг. прошли обследование и лечение 32 больных раком ЩЖ, постоянно проживающих в Ошской, Жалалабатской и Баткенской областях Кыргызстана. Следует отметить, что в 1993 г. на лечении находилось 2 (6,2%) больных, в 1995 г. – 2 (6,2%), 1996 г. – 1 (3,1%), 1997 г. – 2 (6,2%), 1998 г. – 5 (15,6%), 1999 г. – 5 (15,6%), 2000 г. – 5 (15,6%), 2001 г. – 4 (12,5%), 2002 г. – 3 (9,4%) и 2003 г. – 3 (9,4%) пациентов с диагнозом рак щитовидной железы.

С диагнозом узлового эутиреоидного зоба поступили 7 (21,9%) больных, лимфосаркома лимфоузлов шеи 2 (6,2%), диффузно-токсическим зобом 1 (3,1%), лимфосаркомой средостения 1 (3,1%), с вторичным поражением лимфоузлов 1 (3,1%), лимфогранулематоз 1 (3,1%), метастатическое поражение медиастинальных лимфоузлов без выявленного первичного очага 1 (3,1%). Жители Жалалабатской области составили 56,2%, Ошской области – 31,2% и Баткенской области – 12,5%. Из них до поступления в НЦО получали различные виды лечения – 53,1%, не обращались за медицинской помощью – 46,4%.

По возрасту больные распределились следующим образом: до 20 лет – 9,3%, до 30 лет – 9,3, до 40 лет – 12,5, до 50 лет – 18,7, до 60 лет – 18,7, свыше 60 лет – 31,2% наблюдений. Исходя из приведенных данных, делаем выводы, что с увеличением возраста вероятность заболевания раком ЩЖ повышается. Как на начальном, так и конечном периодах наблюдения пик заболеваемости приходится на возраст 50 и выше лет и составляет от 18,7 до 31,2%. Из них мужчины – 11 (34,4%), а женщины соответственно 21 (65,6%). В основном больные поступали на лечение с IV стадией развития болезни – 11 (31,2%), со II стадией – 8 (25%), III стадией – 7 (21,8%) и I стадией – 7 (21,8%).

Диагностика рака ЩЖ начиналась со сбора анамнеза. В последующем с целью выявления тиреоидной опухоли были использованы следующие дооперационные методы исследования: осмотр и пальпация области ЩЖ, УЗИ ЩЖ, тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия новообразования под контролем УЗИ и без него с цитологическим исследованием пунктата, различные виды рентгеновского исследования, компьютерная томография.

Результаты и обсуждение. Одной из основных целей при сборе анамнеза было установление зависимости развития рака ЩЖ от предшествующих доброкачественных образований ЩЖ и сочетание его с сопутствующими заболеваниями. Наиболее частыми предшественниками являлись узловой зоб в 14 (43,7%) случаях, многоузловой зоб – 6 (18,7%), тиреоидит – 2 (6,2%), диффузно-токсический зоб – 1 (3,1%) наблюдений. Эти данные не позволяют игнорировать значение длительного “зобного” анамнеза в развитии рака ЩЖ и дают основания относить больных с различными доброкачественными образованиями ЩЖ к группе повышенного риска.

У анализированных больных преобладали 10 видов жалоб: жалобы на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи – 24 (75%), общая слабость – 10 (31,2%), изменение голоса – 7 (21,8%), затруднение дыхания – 6 (18,7%), похудание – 6 (18,7%), чувство сдавления в области шеи – 4 (12,5%), затруднение глотания – 4 (12,5%), потливость – 4 (12,5%), сердцебиение – 3 (9,7%), наличие увеличенных лимфоузлов на шее – 3 (9,7%). Следует отметить, что для рака ЩЖ нет патогномичных признаков, по крайней мере, в начальных стадиях заболевания, и все перечисленные жалобы могут быть характерными как для доброкачественных, так и злокачественных опухолей ЩЖ.

Функциональные расстройства наблюдались очень редко, лишь у 3 (9,3%) больных отмечались признаки тиреотоксикоза легкой степени, а у 1 (3,1%) больного – тиреотоксикоза средней степени тяжести. При осмотре и пальпации увеличение ЩЖ I степени было отмечено у 2 (6,2%) больных, II степени – у 6 (18,7%), III степень – у 13 (40,6%), IV степень – у 7 (21,8%), V степень – у 4 (12,5%).

Увеличение ЩЖ до V степени наблюдалось у больных с низкодифференцированными формами рака ЩЖ – 3 (75%). Этот факт объясняется “агрессивностью” данной формы рака ЩЖ, что требует как можно быстрого установления правильного диагноза и проведение адекватного лечения.

При пальпации ЩЖ большое внимание так же уделялось определению болезненности, ее консистенции, подвижности железы и равномерности ее увеличения. Среди данных больных пальпаторно болезненность отмечалась у 8 (25%), а ее отсутствие – у 24 (75%) больных. В 14 (43,7%) случаях ЩЖ была плотноэластичной, в 25% – эластичной и лишь в 10 (31,2%) наблюдениях – плотной консистенции. Равномерное увеличение наблюдалось у 13 (40,6%) пациентов, неравномерное у 19 (59,3%). Подвижность ЩЖ была ограничена у 20 (62,5%), подвижна у 12 (37,5%) больных.

При гистологическом исследовании папиллярная форма рака ЩЖ обнаружена у 12 (46,1%) больных, фолликулярная – у 8 (30,7%), недифференцированная – у 3, и по 1 случаю зарегистрированы умереннодифференцированная аденокарцинома, фибросаркома, плоскоклеточный ороговевающий рак. У 6 больных диагноз поставлен на основании цитологического исследования, из-за тяжести состояния и отказа от дальнейшего лечения.

На основе анализа историй болезни 32 больных раком ЩЖ можно получить представления о реальных возможностях диагностики патологии ЩЖ с помощью существующих доступных методов исследования. С сожалением приходится констатировать, что ни один из применяемых методов не имеет желаемую эффективность, и для получения необходимой результативности обследования больных, установления правильного диагноза рака ЩЖ целесообразно использование всего комплекса мероприятий у каждого больного с учетом анамнеза, клиники, и наиболее часто встречающихся для определенного вида исследования признаков злокачественного процесса в щитовидной железе.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Первичный рак щитовидной железы у 71,8% больных выявлен на фоне других заболеваний ЩЖ.
2. Рак щитовидной железы чаще встречается в возрасте 50 и выше лет, и составляет от 18,7 до 31,2%.
3. Рак III и IV стадий заболевания – 53% наблюдений.
4. Преобладающей гистологической формой был рак папиллярного строения 12 (46,1%), “агрессивным” течением отличались недифференцированные формы рака ЩЖ.
5. Необходимо дальнейшее усовершенствование существующих методов и поиск новых возможностей своевременного обнаружения рака щитовидной железы.

Литература

1. *Шаимбетов Б.О., Ломтев Н.Г., Рыспаева Г.С., Борбашев Т.Ш.* Рак щитовидной железы в Кыргызской Республике: Региональные проблемы противораковой борьбы // Актуальные вопросы современной онкологии: Сб. науч. тр. КНИИО и Р. – Бишкек, 1998. – С. 48–49.
2. *Василевский М.Г., Рыспаева Г.С., Джунушева Ч.И.* Заболеваемость населения Кыргызстана раком щитовидной железы // Современное состояние научных исследований в Кыргызстане. – Бишкек, 2001. – С. 106–111.
3. *Пачес А.И.* Опухоли головы и шеи. – М., 2000.
4. *Артемова А.М.* Возможности ультразвуковой диагностики при узловом эутиреоидном зобе // Лечение и профилактика эутиреоидного зоба: Материалы Моск. городск. конф. эндокринологов. – М., 1997. – С. 27–31.
5. *Новожилова Е.Н.* Показания к повторным операциям при раке щитовидной железы: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 128 с.
6. *Джемуратов М.А., Рыспаева Г.С., Токтосуннов А.Т., Шаимбетов Б.О. и др.* Рак щитовидной железы в зоне эндемии зоба // Современное состояние научных исследований в Кыргызстане. – Бишкек, 2001. – С. 116–120.
7. *Борбашев Т.Ш.* Отдалённые результаты лечения рака щитовидной железы // Матер. I съезда онкологов стран СНГ. – М., 1996. – Ч. 1. – С. 264.