

за пределы органа, на сегодняшний день не является решённой проблемой клинической онкологии, требуется дальнейшее совершенствование методик и тактических приёмов.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения путём оптимизации выбора объёма оперативного вмешательства при распространённом РЩЖ с поражением пищевода и дыхательных путей с помощью разработанных методик реконструкции, которые позволяют восстановить жизненно необходимые функции организма, улучшить качество жизни пациентов с возможностью возвращения в общество и к труду.

Материал и методы. За период с 2001 по 2016 г. пролечено хирургическим способом 2011 пациентов со злокачественными высокодифференцированными опухолями ЩЖ. Распространённые опухолевые процессы, соответствующие индексу Т4а, у 52 (2,58%) пациентов. Морфологически опухоли распределились следующим образом: папиллярный рак, фолликулярный рак у 1996 (97,42%) пациентов, как исключение медуллярный, недифференцированный и плоскоклеточный рак, при которых выполнена расширенная и расширенно-комбинированная операции, подтверждены у 15 пациентов. Возраст больных распределился в диапазоне от 37 до 85 лет. У 52 пациентов выполнены различные объёмы резекции трахеи, хрящей гортани пищевода при распространении опухоли щитовидной железы на перечисленные анатомические образования. Мужчин пролечено 7 человек, которым выполнены расширенные и расширенно-комбинированные объёмы вмешательств, женщин – 45.

Обсуждение результатов. Перечень стандартов обследования при распространённом РЩЖ и реализации метастатического процесса в региональный коллектор должны быть максимально расширены, обусловленная тактика оправдана сложностью оценки взаимоотношения опухоли с окружающими тканями. При экстратиреоидном поражении опухолью трахеи или гортани, подтвердив распространённость процесса, использовались дополнительные методы: фиброларинготрахеоскопия, рентгенография, КТ, УЗИ. Таким образом, в объём планируемой операции включалось удаление поражённых структур, сохраняя при этом онкологическую надёжность, радикализм операции. У всех больных применялся нестандартный кожный разрез, т.к. было необходимо одномоментно спланировать адекватный доступ к опухоли и поражённым органам и создать условия для формирования плановой ларинго- или трахеостомы. Если планировалась резекция хрящей гортани или трахеи с формированием стом с резецируемыми органами, то классическую трахеостому мы не накладывали, тем самым сохраняли интактной нижележащие отделы трахеи, что, на наш взгляд, остаётся очень важным моментом для последующей реконструкции дефекта. Заживление у всех больных было первичным натяжением. Дыхание адекватное за счёт использования сформированных стом в трахее или гортани и через естественные дыхательные пути. Необходимость использования трахеостомической трубки ограничивалась 1 сут. В сроки от 3 до 11 мес проводилась реконструкция трахеи, гортани – для воссоздания контура резецированных органов использовали расщеплённое ауторебро, предварительно уложив его на внутреннюю вновь сформированную выстилку и фиксируя швами к хрящам колец трахеи, гортани. Длина рёберного трансплантата была 5–9,5 см. Необходимо наложение нижней трахеостомы, не контактирующей с зоной восстановления дефекта.

На 7–10-е сут после фиброларингоскопической оценки состояния просвета восстановленного органа удаляли трахеостому. Все известные методы протезирования трахеи с использованием аутоотрансплантатов и протезов из небиологических материалов, к сожалению, не дали пока желаемых результатов. В связи с этим применительно к высокодифференцированным карциномам ЩЖ с вовлечением в процесс стенки трахеи или гортани в настоящее время перспективными представляются методики окончательных резекций трахеи с последующей кожной контурной пластики.

Выводы. Безусловно, на сегодня, невзирая на объём, время операции и тяжесть нестандартных хирургических вмешательств, целесообразность их выполнения, на наш взгляд, оправдана, при наличии высокой квалификации специалистов лечебного учреждения. Адекватная подготовка, тщательное предоперационное обследование и планирование таких операций, наряду с современным анестезиологическим пособием, специальным трубочным питанием позволяют достигать достаточно высоких результатов в лечении экстратиреоидного рака.

*Минкин А.У., Верещагин М.Ю., Лутков Д.В.,
Козачук А.И., Глухарева Н.А., Вальков М.Ю.,
Гржибовский А.М.*

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФГБОУ ВО СГМУ Министерства здравоохранения РФ;

ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер», г. Архангельск

РЩЖ составляет 1–5% всех злокачественных заболеваний, 0,5% среди всех новообразований у мужчин, 1% среди всех новообразований у женщин. В последние годы отмечается увеличение частоты данной патологии в 1,5–3 раза. Местнораспространённые формы составляют 8–15% от общего числа злокачественных новообразований этого органа. Самая высокая заболеваемость отмечена в Новой Каледонии – 71,4 на 100 тыс. для женщин и 10,4 для мужчин. В США (согласно NCI) в 2010 г. – новые случаи: 44,670 смертей: 1,690. Заболеваемость, скорректированная на возраст, – 11,0 на 100 тыс. общая в год (2004–2008 SEER). Мужчины – 5,6, женщины – 16,3. В Норвегии (2008 г.) – 289, заболеваемость в 2008 г. на 100 тыс. – 1,7 мужчины, 5,1 женщины. В России заболеваемость в 2004 г. составляла 6,9 на 100 тыс. для женщин и 1,4 для мужчин, в 2006 г. – 932 новых случая в год. На 2012 г. заболеваемость в РФ составила 6,7 на 100 тыс.

Данные новообразования привлекают к себе всё большее внимание исследователей ввиду роста заболеваемости и реальной возможности длительного излечения. Поскольку узловое образование ЩЖ, являющееся фоновым процессом для РЩЖ, обнаруживаются во много раз чаще, на уровне не менее 4–7% взрослого населения, понятной становится и реальная частота распространения рака, и сложность своевременной диагностики и дифференциальной диагностики этого опухолевого процесса, особенно в зонах зубной эндемии.

Как известно, Архангельская область относится к эндемичным по зубу зонам РФ. Узловым образованиям и РЩЖ в нашем регионе как онкоэндокринологической проблеме были посвящены кандидатская и

докторская диссертации, а также монография проф. И.С.Агеева (1983,1993,1997), кандидатские диссертации Н.А.Мартыновой (1993), В.М.Одинцова (1995) и др. В среднем на протяжении 30 лет в Архангельском онкологическом диспансере выполнялось 250–300 операций на ЩЖ в год, из них около 100 при раке.

Материал и методы. На первом этапе нами проведён анализ заболеваемости РЩЖ в период с 1989 по 2010 г. Данные о заболевших были взяты из регионального канцер-регистра. Архангельский канцер-регистр начал работать с 1997 г., случаи рака внесены с 1993 г. В базу данных для первичного анализа были включены пол, возраст, место проживания больного, дата выявления первичного злокачественного заболевания ЩЖ, кодировка по МКБ-10 и ICD-коду опухоли, гистологической форме, стадии, дате и причине смерти.

Заболеваемость РЩЖ, составлявшая 2,0 на 100 тыс. в период до открытия отделения опухолей головы и шеи в 1979 г. и после широкого внедрения цитологической и комплексной диагностики (ТАПБ, радиоизотопная диагностика, УЗИ), значительно различается. Пик заболеваемости – 6,22 на 100 тыс., отмечался в 1989-90 г. Активная диагностическая и хирургическая тактика при узловом зобе и внедрение экстрафасциальной методики оперирования ЩЖ в Архангельской области позволили значительно снизить заболеваемость РЩЖ до 3,18 (2004). Однако с 2005 г. началась вторая волна роста заболеваемости, которая вновь приблизилась к среднероссийским показателям (РФ – 2012 г. 6,7 на 100 тыс.).

РЩЖ в Архангельской области встречался чаще у женщин, чем у мужчин в соотношении 5:1 и в основном приходился на молодой и средний возраст, т. е. самый трудоспособный и творческий период жизни, основная часть заболевших раком щитовидной железы находится в возрастном интервале от 40 до 60 лет. Изучив выявляемость РЩЖ по Архангельской области и РФ, можно отметить, что наблюдалось преобладание больных с I и II стадиями, которые дают в сумме 75,3%, а III и IV ст. (распространённые формы рака) составили соответственно 24,7%

К причинам позднего выявления РЩЖ можно отнести:

- длительное бессимптомное течение;
- низкую укомплектованность врачами-эндокринологами, онкологами на периферии;
- недостаточную онкологическую настороженность врачей поликлинического звена;
- длительное наблюдение за больными с узловыми образованиями ЩЖ в условиях зобной эндемии;
- сложность дооперационной морфологической диагностики высокодифференцированных форм рака на ранних стадиях заболевания.

По гистологической форме преобладали высокодифференцированные варианты рака (папиллярный – 66,5%, фолликулярный – 19,6%). Также стоит отметить, что при распространённом РЩЖ значительно чаще встречались низкодифференцированные формы – 25 (4,2%), чем при I и II стадиях – 4 (0,6%). Регионарное метастазирование отсутствовало у 80,8% больных (при T1, T2 и T3 соответственно в 51,3, 19,3 и 10,2%), что соответствует I стадии заболевания при РЩЖ. Это косвенно указывало на своевременность обнаружения РЩЖ у большинства пациентов.

Перед открытием Центра радиойодтерапии в г. Архангельске была изучена эпидемиология и выживаемость больных РЩЖ в Архангельской области за 2000–2009 гг. (Н.А.Глухарева, М.Ю.Вальков,

А.М.Гржибовский). Данные обо всех случаях РЩЖ за этот период были извлечены из общей базы данных. Размер популяции был предоставлен Региональным бюро статистики. Инцидентность и смертность были посчитаны на 100 тыс. населения и стандартизированы по возрасту. Выживаемость была оценена методом регрессии Кокса, с методом Backward. В регрессионную модель были включены: возраст, пол, стадия, морфологический тип опухоли, место жительства (город/село), возрастная группа, возраст пациента в декадах. Проанализированы данные 529 пациентов, из которых 438 (82,8%) женщины. Папиллярная карцинома установлена у 56,3%, фолликулярная карцинома – 27,7% и другие формы РЩЖ – 21,9% больных. Стадии 0, I, II, III были выявлены у 1,1, 58,0, 16,4, 13,2% соответственно, IV ст. была диагностирована у 11,0% Городские жители составили 75%. Инцидентность несколько повысилась – с 4,3 в 2000 г. до 4,4 в 2009 г. Смертность снизилась с 0,4 в 2000 г. до 0,2 в 2009 г.

За последние 20 лет в период с 1996 по 2016 г. заболеваемость РЩЖ в Архангельской области увеличилась с 4,7 до 8,8 на 100 тыс. населения. 85,05% пациентов проживали в городе, 14,95 % были сельскими жителями. Заболеваемость выше у женщин, чем у мужчин: 2016 г. – 13,6 и 3,2 на 100 тыс. населения соответственно. Рост заболеваемости в 2 раза наблюдается и среди женского (1996 г. 7,8 – 2016 г. 13,6 на 100 тыс. населения), и среди мужского населения (1996 г. 1,5 – 2016 г. 3,2 на 100 тыс. населения).

Смертность от РЩЖ за данный период имеет тенденцию к снижению и составляет 0,8 (2016 г.) против 1,1 (1996 г. на 100 тыс. населения). Летальность от РЩЖ на 1-м году после установления диагноза в период с 1996 по 2016 г. снизилась с 8,2 до 2,2% соответственно. Выявляемость пациентов с начальными стадиями РЩЖ выросла с 69,1% в 1996 г. до 78,2% в 2016 г. Запущенность за этот период соответственно снизилась: 1996 г. – 14,7% и 2016 г. – 7,3%.

Активная выявляемость больных РЩЖ также улучшилась в 2 раза: в 1996 г. – равнялась 5,9%, а в 2016 г. – 12,1%. Папиллярную форму РЩЖ имели 71,01% пациентов; 16,99% – фолликулярную форму, 2,57% – медуллярную форму, 1,29% – недифференцированный рак, 0,37% – плоскоклеточную форму, 7,77% – иные формы злокачественного поражения ЩЖ: саркомы, лимфомы, метастатическое поражение. У 16,16% пациентов первично имели место метастатические поражения регионарных лимфатических узлов; у 4,17% пациентов выявлены отдалённые метастазы, из них у 36,36% – поражение плевры и лёгких, 5,45% – кости, 3,63% – печень. У 54,56% больных были множественные отдалённые метастатические поражения.

Лечебная тактика также менялась на протяжении этих лет неоднократно в связи с изменениями протоколов и технических возможностей. До 2012 г. в отделении опухолей головы и шеи ГБУ АО АКОД приоритет отдавался органосохранным операциям (экстрафасциальная гемитиреоидэктомия или субтотальная резекция ЩЖ) при локализованном первичном очаге. В настоящее время, в связи с открытием в ноябре 2011 г. Центра радиойодтерапии на базе ФГБУЗ СМКЦ им. Н.А.Семашко ФМБА России, основной операцией при верифицированном папиллярном РЩЖ является тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией. В случае фолликулярной опухоли и одностороннем поражении ЩЖ, выполняется срочное интраоперационное гистологическое исследование с последующим решением вопроса о сокращении

объёма выполняемого оперативного вмешательства.

Рецидивы заболевания выявлены у 4,86% пациентов. Из них – 59,37% – местный рецидив, 37,5% – регионарные МТС, 3,13% – отдалённые МТС. 5- и 10-летняя выживаемость при папиллярной карциноме составила соответственно 95,3 и 94,2%, при фолликулярной карциноме – 90,1 и 85,7%, при медулярном раке – 87,8 и 80%.

При недифференцированном раке большинство больных погибают в течение ближайших 2 лет после лечения и никто из них не переживает 5-летний срок.

Выводы. Заболеваемость РЩЖ в Архангельской области до 2009 г. составляла 4,77 на 100 тыс., что было ниже среднего уровня по РФ – 6,23 на 100 тыс. Женщины заболевали РЩЖ примерно в 5–7 раз чаще мужчин.

Инцидентность рака щитовидной железы с 2000 по 2009 г. увеличилась, смертность снизилась. Морфология, пол, возраст пациентов в декадах, стадия заболевания – влияли на выживаемость.

В последние 20 лет в Архангельской области не отмечается увеличения смертности от рака ЩЖ, несмотря на двухкратное повышение его выявляемости, что свидетельствует о правильно выбранной тактике раннего выявления клинически незначимых опухолей ЩЖ, представленных в большинстве своём папиллярной карциномой, и адекватном хирургическом лечении.

Благоприятные результаты лечения злокачественных опухолей ЩЖ, включая качество жизни пациентов, могут быть достигнуты только при своевременной диагностике и адекватном планировании лечения, в зависимости от морфологии, пола, возраста пациентов в декадах и стадии заболевания.

Светицкий П.В.

РЕДКАЯ ФОРМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения РФ, г. Ростов-на-Дону

Введение. Клиника РЩЖ неоднозначная и определяется, как правило, морфологической структурой, где преобладают папиллярные и фолликулярные формы. Крайне редко встречается плоскоклеточная форма, отличающаяся выраженным агрессивным течением и низкой продолжительностью выживаемости больных.

Представляем клиническое наблюдение. Больная К. 48 лет поступила в отделение опухолей головы и шеи РНИОИ с жалобами на отсутствие естественного дыхания и речи, прогрессирующее похудание, дисфагию. Считает себя больной в течение 6 мес. В республиканском онкологическом диспансере Северо-Кавказской Республики поставлен диагноз: «опухоль (ОП) парашитовидной железы». Была прооперирована: удалена гиперплазированная околощитовидная железа. Спустя 2 мес. дыхание стало затруднённым, присоединилась дисфагия. Наложена трахеостома и направлена в РНИОИ. При осмотре больной вся передняя поверхность шеи выполнена плотным ОП конгломератом без чётких границ, спаянным с кивательными мышцами. При непрямой ларингоскопии выявлена ОП в гортаноглотке, заполняющая грушевидные синусы, обтурирующая вестибулярный отдел гортани и вход рта пищевода. Пища и жидкости последние 4 сут не проглатывались. Биопсия ОП гортаноглотки – плоскоклеточный рак. КТ шеи выявило распространённый ОП процесс, включа-

ющий ЩЖ, пищевод, гортаноглотку и гортань. Больная была прооперирована. Произведены тиреоидэктомия, ларингэктомия, резекция шейного отдела пищевода и гортаноглотки с расширенной двухсторонней шейной лимфодиссекцией с последующей реконструктивно-пластической операцией шейного отдела пищевода и глотки с восстановлением их функций. Патогистологическое исследование удалённого макропрепарата установило низкодифференцированный G3 плоскоклеточный рак ЩЖ с инвазией в стенку пищевода, гортань и гортаноглотку. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Обсуждение. При беседе с больной обращало на себя внимание акцентирование пациентки на первоначальное прогрессирующее увеличение ЩЖ в объёме при сохранении глотания, дыхания и речи, которые наступили лишь спустя 2 мес после увеличения ЩЖ в объёме. Оценка лабораторных данных и сопоставление их с клиникой и особенностями анамнеза по динамике заболевания позволили нам утвердиться во мнении о первичности опухоли, исходящей из ЩЖ, что подтвердилось патогистологическим заключением.

Выводы. Редкость плоскоклеточного рака ЩЖ объясняется тем, что многослойный плоский эпителий в ЩЖ гистогенетически связан с остатками эмбриональных клеточных элементов щитовидно-язычного протока, а малигнизация возникает вследствие метаплазии эпителия протока и обусловлена травматическими, инфекционными или другими факторами, вызывающими изменения в его функциях.

Таболиновская Т.Д., Комарова Л.Е., Мудунов А.М., Романов И.С., Мачаладзе З.А., Пирогова Н.А., Пустьинский И.Н., Бржезовский В.Ж., Чистякова Е.А.

СТАТИСТИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОСПИТАЛЬНОГО КАНЦЕР-РЕГИСТРА ФГБУ «НМИЦ ОНКОЛОГИИ ИМ. Н.Н. БЛОХИНА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения РФ;
ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Введение. Медулярный рак щитовидной железы (МРЩЖ), его наследственные и спорадические формы, по данным литературы, составляют 3–7% от всех тиреоидных карцином. Редкость данной патологии является причиной отсутствия систематизированных данных по вопросам заболеваемости и смертности, частоте и роли предшествующих заболеваний ЩЖ, влиянию ряда этиологических факторов на риск развития МРЩЖ.

Цель исследования. Разработка рекомендаций по улучшению ранней диагностики и лечебно-профилактической помощи больным МРЩЖ.

Материал и методы. Проанализированы данные госпитального медицинского и поликлинического архива Онкологического научного центра в период с 1965 по 2017 г., где находились под наблюдением и получали лечение 434 больных МРЩЖ. 84,7% больных лечились стационарно, 15,3% консультированы и наблюдались в Онкоцентре после лечения, в онкодиспансерах различных регионов РФ.

Результаты исследования. МРЩЖ среди других морфологических форм рака щитовидной железы со-