

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) паращитовидной 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-