

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 двукратное 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 околотитовидная 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-

ставил 11,5% (434 из 3767). Женщин – 274, мужчин – 160, соотношение Ж:М – 1,7:1, детей – 31 (девочки – 23, мальчики – 8 в возрасте от 5 до 18 лет). Возраст женщин колебался от 45 до 79 лет, мужчин – от 48 до 81 года. Медиана возрастного распределения на момент установления диагноза у женщин составила 48 лет, у мужчин – 49,5 лет. Максимальное число заболевших женщин зарегистрировано в возрастной группе 40–49 лет, мужчин – в 50–59 лет. Средний возраст наследственного МРЩЖ равнялся 33,3 лет. 50% больных (217 из 434) – это жители Москвы и Московской области, 17% больных направлены из центральных российских регионов, 10% – из стран СНГ, 23% – из 5 других округов РФ. Город являлся средой обитания для 91,5 % пациентов.

Кроме влияния вредных факторов агрессивной городской среды 10,7% больных имели вредные бытовые привычки (курение, алкоголь), 9,4% – профессиональные вредности: длительное воздействие бытовой химии, бензина, нефтепродуктов, свинца, лакокрасочных веществ, длительный контакт с радиоактивными веществами. Один больной был ликвидатором аварии на Чернобыльской АЭС. Онкологические заболевания у родственников выявлены у 20,8% больных, первично-множественные опухоли – у 43 (10,2%) больных. МРЩЖ развился на фоне т.н. «фоновых» процессов в ЩЖ у 102 (24,3%) больных: у 63 (15,2%) имелся узловой зоб, у 32 (7,6%) аутоиммунный тиреоидит, у 3 (0,9%) аденома.

Длительность анамнеза составила в среднем 31,4 мес. (от 1 мес. до 17 лет). К эндокринологу обратились 154 (35,5%), к онкологу – 177 (40,8%), к другим специалистам – 103 (23,7%) пациента. При обращении к эндокринологу большинству пациентов (76,9%) был установлен диагноз «узловой зоб», 7,7% – аденома, киста щитовидной железы, аутоиммунный тиреоидит. Подозрение на рак высказано у 20 (15,4%) больных, которым была выполнена пункция узла. Среди 370 первичных больных I стадия (T1aN0M0, T1bN0M0) была у 58 (15,7%), II (T2,T3N0M0) – у 90 (24,3%), III (T1,T2,T3N1aM0) – у 33 (8,9%), IV – у 189 (51,1%) больных. Общая частота метастазирования на момент обращения и обследования составила 69%.

Анализ продолжительности жизни больных МРЩЖ (общая выживаемость) в соответствии с возрастом, полом и периодами наблюдения с 1965 по 2017 г. свидетельствует о наиболее высокой 5–10–20-летней выживаемости среди больных до 18 лет (95,2+4,6) и (87,3+8,7), медиана для больных 70 лет и старше составляет 13,8 лет. Через 20 лет продолжительность жизни снижается среди больных 19–39 лет и составляет 50,1 – 66,0%. Летальность соответственно составляет для детей до 18 лет 13,7%, для возрастных групп 19–29 лет – 45,4%, 30–39 лет – 24%, 40–49 лет – 41,3%, 50–59 лет – 40,3%, 60–69 лет – 49,9%. Таким образом, наиболее оптимальный прогноз для жизни имеют дети и пациенты в возрасте до 40 лет.

Анализ показателей выживаемости в зависимости от пола достоверно показал, что лучший прогноз для жизни имеют женщины в течение всего периода наблюдений. Медиана продолжительности жизни мужчин составляет 14,1 лет. Летальность через 5 лет составляет 21,9%, 10 лет – 43%, 15 лет – 56,6%, 20 лет и выше – 67,6%. Летальность женщин составляет через 5 лет 9%, 10 лет – 14,4%, 15 лет – 24%, 20–30 лет – 31,9–35,5%. Таким образом, пол является важным прогностическим критерием, неблагоприятным для мужчин. Показатели выживаемости за период 2010–2017 гг. в

сравнении с периодами до 1989 г. и 1990–1999 гг. улучшились в 1,7–3,2 раза.

Заключение. Динамика заболеваемости свидетельствует о постоянном росте числа обратившихся и направляемых в Центр больных МРЩЖ. По-прежнему остаётся проблемой ранняя диагностика на уровне районного поликлинического звена, длительное наблюдение за узловыми образованиями в ЩЖ без рекомендуемого в этих случаях обследования, распространенный опухолевый процесс при обращении к онкологу. В результате современных подходов к тактике лечения наблюдается повышение выживаемости больных МРЩЖ.

Шишков Р.В.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Министерства здравоохранения РФ, Москва

В структуре всех злокачественных опухолей РЩЖ составляет лишь 1–1,5%, но нельзя забывать, что ежегодный прирост заболеваемости в различных странах мира достаточно велик, варьируя от 2 до 12%. У пациентов детского возраста эта болезнь составляет до 3 % всех опухолей и от 8 до 22 % злокачественных солидных опухолей головы и шеи. В возрасте до 6 лет заболевают от 15 до 20% детей, свыше 60% – заболевают в возрасте 11–14 лет, т. е. в пубертатный период, соотношение девочек к мальчикам составляет 2–3:1. Первичная опухоль менее 1 см выявляется только у 20–25% пациентов детского возраста. Наиболее часто, 70–95% (в среднем 80%), из всех случаев РЩЖ у пациентов детского возраста выявляется папиллярный рак (ПРЩЖ). Для этого варианта опухоли характерен высокий процент регионарного метастазирования в лимфатические узлы (ЛУ) шеи (48–84%), отдалённого метастазирования в лёгкие (24–31%), высокая частота внутрижелезистой диссеминации (30–60%), а также наличие «скрытых» форм, из-за чего метастазы на момент постановки диагноза иногда являются единственным проявлением заболевания. Вторым по частоте встречаемости у детей и подростков является фолликулярный рак (8–12%), третьим – медуллярный (6–8%). Последний возникает как спорадически, так и при семейном эндокринном синдроме, т.е. как генетическое заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования. У пациентов детского возраста не бывает клинически латентных карцином ЩЖ. Проллиферативные изменения в тканях у детей и подростков имеют гораздо более высокую интенсивность по сравнению со взрослыми, этим реактивным физиологическим состоянием, вероятно, и объясняются высокие показатели опухолевой диссеминации, и как следствие бурное и агрессивное течение РЩЖ в детском и подростковом возрасте.

ЩЖ у детей наиболее чувствительна к недостатку йода, а также к радиационному воздействию. Распространённость эндемического зоба у детей центрального региона России в некоторых областях достигает 40%. Под влиянием тиреотропного гормона гипофиза на фоне развивающегося гипотиреоза появляются узловые образования в ЩЖ, часть из которых может малигнизироваться при воздействии различных канцерогенов. Основные меры профилактики РЩЖ – это контроль над группами риска, детей из эндемичных по йоду районов с гипотиреозом, гиперплазиями ЩЖ, узловым зобом, проживающих в районах с неблаго-