

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

РЕФЕРАТ

По дисциплине «Хирургическая стоматология»

Тема: «РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

Выполнил:

Ординатор кафедры-клиники хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Лукашевич Н.Д.

Проверил:

К.М.Н., доцент Поляков А.В.

Красноярск, 2021

Оглавление

Введение.	3
Клиническая анатомия	4
Статистика.....	6
Этиологические факторы и предраковые заболевания.	7
Морфологическая классификация злокачественных опухолей щитовидной железы.....	10
Метастазирование.....	12
Клиническая симптоматика.....	16
Диагностика.....	18
Дифференциальная диагностика.....	23
Лечение.	24
Профилактика.	29
Прогноз.	30
Список литературы.....	31

Введение.

Опухоли щитовидной железы — наиболее часто встречающаяся онкопатология эндокринных органов. По данным ВОЗ, за последние 20 лет, заболеваемость раком этого органа удвоилась главным образом за счет выявления опухолей у лиц молодого и среднего возраста. Большинство отечественных исследователей также отмечают неуклонный рост заболеваемости раком щитовидной железы (Демидчик Е. П., 1994; Валдина Г. А., 1993; Пачес А. И., Пропп Р. М., 1995 и другие), связывая его как с истинным увеличением числа заболевших за счет неблагоприятного воздействия факторов внешней среды, так и с улучшением диагностики этой патологии. Ведь современное ультразвуковое исследование позволяет выявлять непальпируемые очаги опухолевого роста до 2-3 мм в диаметре и увеличивает вероятность обнаружения узловых образований в щитовидной железе при профилактических осмотрах до 40%. На вскрытиях же с проведением серийных срезов щитовидной железы рак этого органа, не проявлявшийся клинически при жизни, был выявлен в 4-20% случаев (Валдина Г. А., 1993; Романчишен А. Ф., 1994).

Другим не менее важным аспектом, обуславливающим крайнюю важность этой проблемы, является отсутствия у большинства врачей современных знаний о данной патологии. До настоящего времени в Российской Федерации запущенные стадии рака щитовидной железы устанавливаются более чем у 39% вновь выявленных больных. Большинство же случаев раннего выявления этого заболевания является гистологической находкой при плановом исследовании ткани щитовидной железы, удаленной по поводу предполагавшегося доброкачественного заболевания.

Клиническая анатомия.

Щитовидная железа - наиболее крупная из желез внутренней секреции у человека, расположена преимущественно на передней и боковых поверхностях шейного отдела трахеи. Она состоит из двух боковых долей, в большинстве случаев имеющих несвязанную между собой систему кровотока и лимфообращения, и соединяющего их перешейка. В трети наблюдений встречается пирамидальная доля, идущая от верхней части железы по передней поверхности гортани. Щитовидная железа intimately связана с жизненно важными органами шеи: трахеей, нижним отделом гортани, пищеводом и имеет общую с ними фасцию. По задней поверхности долей железы проходят возвратные нервы, обеспечивающие двигательную функцию голосовых связок. Там же расположены околотщитовидные железы, ответственные за нормальный обмен кальция в организме. Боковые отделы железы прилежат к сосудисто-нервным пучкам шеи (общей сонной артерии, внутренней яремной вене и блуждающему нерву) без которых не возможно нормальное кровоснабжение мозга.

Две верхние и две нижние щитовидные артерии, а также непостоянная непарная щитовидная артерия, отходящие от магистральных сосудов (сонная, подключичная артерии, плечеголовной ствол) и множество крупных вен, впадающих в систему верхней полой вены, обеспечивают наиболее богатое в организме кровоснабжение данного органа. Множественные лимфатические сосуды, образуют сплетения вокруг каждого тиреоидного фолликула - функциональной единицы щитовидной железы. Выводящие сосуды, образуют подкапсулярные сплетения и отводят лимфу в основные коллекторы шеи, а также околотрахеальные и средостенные лимфатические узлы.

В паренхиме щитовидной железы в настоящее время выделяют три вида активно функционирующих клеток. Основную массу клеток, из которых и наиболее часто развиваются опухоли данного органа, составляют фолликулярные или А-клетки, вырабатывающие главный гормон железы -

тироксин. Значительно более редко встречаются В-клетки (Ашкинази-Гюртля) и С-клетки (парафолликулярные), относящиеся к клеткам APUD-системы (amine precursors uptake and decarboxylation), т. е. к клеткам, вырабатывающим полипептидные гормоны и способным к накоплению предшественников моноаминов и их окислению до биогенных аминов.

Статистика.

Рак щитовидной железы в РФ в 1994 г. был впервые выявлен у 4575 человек. При этом лишь у 8,8% больных эта доступная для визуального выявления опухоль обнаружена при профилактических осмотрах. В настоящее время в нашей стране находится под наблюдением более 40 тысяч больных с этой онкопатологией. При этом около 60% больных наблюдаются 5 и более лет. Это указывает на возможность излечения большинства больных, особенно при своевременном выявлении заболевания и правильном его лечении.

В структуре всех онкологических больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях щитовидная железа занимает скромное место и составляет в РФ только 2,2%. В тоже время доля рака щитовидной железы среди онкологических больных молодого возраста значительно выше. Так в возрастных группах от 20 до 29 лет и от 30 до 39 лет эта локализация является одной из основных среди больных с впервые установленным диагнозом злокачественной опухоли. Возникновение рака щитовидной железы по данным статистических исследований имеет два пика: в 7-20 лет и 40-65 лет (Пачес А. И., Пропп Р. М., 1995). Данное заболевание значительно чаще встречается у лиц женского пола, но в последнее время нередко выявляется и у мужчин (соотношение 3 : 1).

Этиологические факторы и предраковые заболевания.

В экспериментальных исследованиях убедительно доказано, что возникновение рака щитовидной железы, как и других заболеваний этого органа в первую очередь связано с нарушением гормонообразования, наиболее часто обусловленного недостатком алиментарного йода или дефектами гормонопоэза. Недостаточная выработка тиреоидных гормонов по механизму "обратной связи" вызывает избыточную стимуляцию щитовидной железы гипофизом, посредством тиреотропного гормона (ТТГ). Выработка последнего стимулируется и нейрогормоном гипоталамуса (ТТРГ). Это ведет к процессу узлообразования через ряд последовательных стадий: диффузной и очаговой гиперплазии, образованию аденом и рака. Экспериментальные данные находят убедительное подтверждение в онкоэпидемиологических исследованиях - заболеваемость раком выше в районах с пониженным содержанием йода в почве (Демидчик Е. П., 1987). В тоже время существуют убедительные клинические данные о возможности развития рака щитовидной железы в неизмененном органе. Среди этиологических факторов влияющих на развитие злокачественного процесса в щитовидной железе особенно выделяют действие ионизирующей радиации. Влияние этого фактора доказывается на основании увеличения заболеваемости у лиц молодого возраста после облучения области щитовидной железы. Убедительным является и увеличение частоты выявления рака этого органа у детей после взрыва атомной бомбы в Японии и после Чернобыльской катастрофы.

Для опухолей щитовидной железы характерен один из наиболее высоких процентов развития первичной множественности. Это в первую очередь связано с особенностями развития опухолевого роста в данном органе. Различные факторы, способствующие возникновению и развитию узловых образований в щитовидной железе, неравномерно влияют на ткань органа. Это ведет к развитию множественных процессов узлообразования и появлению очагов опухолевого роста. Как для доброкачественных, так и для

злокачественных опухолей железы характерна высокая частота многофокусного поражения, достигающая по данным разных исследователей 30-70% (А. И. Пачес, Р. М. Пропп, 1984, Е. А. Валдина, 1993, А. Ф. Романчишен, 1994).

Другой причиной высокой вероятности первично-множественных опухолей при раке щитовидной железы являются гормональные изменения, являющиеся неблагоприятным фактором в пусковом механизме канцерогенеза. Это влияет на развитие неопластических процессов в других, в первую очередь гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах. Отмечается и возможность развития опухолей щитовидной железы в связи с гормональными изменениями, связанными с развитием опухолей других органов. По данным различных исследователей (Е. А. Валдина, 1994, В. П. Демидов с соавт., 1994, А. Ф. Романчишен с соавт., 1994, Ron E., et al, 1984) процент выявления первично-множественных опухолей при раке щитовидной железы колеблется от 5,9 до 23,8. Не исключено, что значительное увеличение частоты обнаружения опухолей щитовидной железы при раке других локализаций, связано с вниманием уделяемым этому органу после Чернобыльской трагедии. Ведь во многих медицинских учреждениях обследование щитовидной железы включено в обязательный комплекс исследований у онкологических больных.

Нельзя не отметить и особую форму рака щитовидной железы, в первую очередь связываемую с развитием множественных эндокринных неоплазий - медуллярный рак. В связи с большой вероятностью сочетания этой опухоли, в первую очередь с поражением надпочечников и околощитовидных желез (синдром Сиппла, синдром множественной эндокринной неоплазии по 2 типу или МЭН 2), отмечается необходимость современного обследования этих органов у больных этой формой рака и их кровных родственников.

Учитывая вышеизложенное, все больные с узловыми образованиями в щитовидной железе, должны быть отнесены к 1а клинической группе

диспансерного наблюдения, включающей больных с заболеваниями подозрительными на злокачественное новообразование. Должно быть организовано углубленное современное обследование этих больных в ближайшие сроки с момента взятия на диспансерный учет.

В группу диспансерного учета и обязательного обследования для исключения злокачественного поражения щитовидной железы, так же должны быть включены больные с опухолевым заболеванием других эндокринных органов и лица подвергавшиеся воздействию ионизирующей радиации.

Морфологическая классификация злокачественных опухолей щитовидной железы.

I. Эпителиальные опухоли

Фолликулярный рак

Папиллярный рак

Медуллярный рак

Недифференцированный рак:

а) веретеноклеточный

б) гигантоклеточный

в) мелкоклеточный

Плоскоклеточный (эпидермоидный) рак

II. Неэпителиальные опухоли

Фибросаркома

Прочие

III. Смешанные опухоли

Карциносаркома

Злокачественная гемангиоэндотелиома

Злокачественная лимфома

Тератома

IV. Вторичные опухоли

V. Неклассифицируемые опухоли

Большинство злокачественных опухолей щитовидной железы составляют эпителиальные опухоли. При этом в зависимости от морфологического строения и связанного с ним клинического течения выделяют три формы рака щитовидной железы. Наиболее часто встречаются высокодифференцированные папиллярные и фолликулярные раки. Для них характерны длительное развитие и медленное прогрессирование опухоли. Встречаются больные у которых морфологически верифицированная опухоль существовала до операции 20 и более лет. Значительно реже встречаются низкодифференцированные формы, к которым относят

недифференцированные и плоскоклеточные раки. Для этих опухолей характерно высокозлокачественное течение процесса с быстрым его прогрессированием и прорастанием окружающих органов и тканей в первые месяцы от момента обнаружения опухоли. Промежуточное положение по клиническому течению и особое место по строению занимает медуллярный рак, происходящий из С-клеток. Среди этого, относительно редко встречающегося вида рака щитовидной железы в настоящее время выделяют спорадическую и наследственную формы. Для последней характерна высокая частота обнаружения аналогичного медуллярного рака у кровных родственников больного. Нельзя не отметить и высокую вероятность развития множественных эндокринных неоплазий при медуллярном раке. Наиболее часто отмечается сочетание этой опухоли с феохромоцитомами надпочечников (синдром Сиппла), гиперплазией и аденомами околощитовидных желез, множественными невриномами слизистых оболочек, марфаноидным фенотипом (большие губы и язык, утолщение век, снижение слезоотделения и пр.) и ганглионевроматозом желудочно-кишечного тракта.

Из других злокачественных опухолей щитовидной железы в настоящее время относительно чаще встречаются злокачественные лимфомы. Другие неэпителиальные опухоли встречаются крайне редко и в их течении не отмечено характерных особенностей отличающих их от аналогичных сарком других органов.

Метастазирование.

Для рака щитовидной железы характерны два пути метастазирования: лимфогенный и гематогенный. Основными путями лимфогенного метастазирования являются лимфатические узлы следующих групп: глубокие яремные, бокового треугольника шеи, включая заакцесорную область, околотрахеальные, включая зону передне-верхнего средостения и предгортанные. По данным онкологических клиник более 40-60% больных раком щитовидной железы, поступают на лечение с регионарными метастазами по ходу сосудисто-нервного пучка шеи и/или в околотрахеальную область. Как уже отмечалось выше метастатическое поражение лимфатических узлов шеи может явиться первым клиническим симптомом данного заболевания.

Излюбленными зонами гематогенного метастазирования для рака щитовидной железы являются легкие - от 4,4 до 14% случаев, и кости - от 1 до 8% наблюдений (Пачес А. И., Пропп Р. М., 1995). Более редко, в основном при недифференцированных формах заболевания, наблюдаются метастазы в печени, головном мозгу и других органах. Метастазирование в печень также характерно для генерализованных форм медуллярного рака щитовидной железы.

Классификация по стадиям.

В нашей стране в настоящее время в клинической практике используются две клинические классификации рака щитовидной железы значительно отличающиеся друг от друга и имеющие разную направленность. Так отечественная классификация обеспечивает лучшую возможность для установления своевременности выявления рака и важна для оценки значения различных методов диагностики опухолей этого органа.

I стадия — одиночная опухоль, не прорастающая в капсулу, не вызывающая деформации или ограничения смещаемости железы. Регионарные метастазы не определяются.

IIa стадия — одиночная опухоль, вызывающая деформацию железы, или множественные опухоли без признаков прорастания капсулы железы. Смещаемость железы не нарушена. Регионарные метастазы не определяются.

IIб стадия — опухоль той же или меньшей степени местного распространения при наличии смещаемых регионарных метастазов на стороне поражения.

IIIa стадия — одиночная или множественные опухоли, прорастающие капсулу щитовидной железы. Смещаемость железы ограничена. Может отмечаться сдавление трахеи, пищевода, парез или паралич возвратных нервов. Регионарные метастазы не определяются.

IIIб стадия — опухоль той же или меньшей степени местного распространения с двусторонними смещаемыми, одно- или двусторонними ограниченно смещаемыми или контрлатеральными регионарными метастазами.

IVa стадия — опухоль прорастает в окружающие анатомические структуры и органы. Щитовидная железа не смещается. Регионарные метастазы не определяются.

IVб стадия — опухоль той же степени местного распространения с любыми вариантами регионарного метастазирования, или опухоль меньшей степени местного распространения с несмещаемыми регионарными

метастазами, или опухоль степени степени местного распространения с клинически определяемыми отдаленными метастазами.

Так как щитовидная железа относится к визуально доступным локализациям, то все случаи выявления злокачественных опухолей в III и IV стадиях относятся к поздней диагностике и подлежат контролю и изучению.

Современная МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM (4 издания - 1987г.) с группировкой по стадиям в зависимости от морфологической формы опухоли и возраста имеет большее прогностическое значение и ее использование более важно для определения эффективности разных методов лечения.

Первичная опухоль

Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 - первичная опухоль не определяется

T1 - опухоль до 1 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы

T2 - опухоль до 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы

T3 - опухоль более 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы

T4 - опухоль любого размера, распространяющаяся за пределы капсулы щитовидной железы

Примечание. Все категории могут подразделяться:

а) солитарная опухоль; б) многофокусная опухоль (классификация по наибольшему узлу).

Регионарные лимфатические узлы

Nx - недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

N0 - нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N1 - имеется поражение регионарных лимфатических узлов

метастазами

N1a - поражены шейные лимфатические узлы на стороне поражения

N1b - поражены шейные лимфатические узлы с обеих сторон, срединные или на противоположной стороне, медиастинальные.

Отдаленные метастазы

Mx - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M0 - нет признаков отдаленных метастазов

M1 - имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Папиллярный и фолликулярный рак

До 45 лет 45 лет и старше

Стадия I - Любая Т любая N M0 T1 N0 M0

Стадия II - Любая Т любая N M1 T2 N0 M0

Стадия III - T3 N0 M0 Стадия IV - T4 N0 M0

Любая Т N1 M0

Любая Т любая N M1

Медуллярный рак

Стадия I - T1 N0 M0

Стадия II - T2 N0 M0 T3 N0 M0 T4 N0 M0

Стадия III - Любая Т N1 M0

Стадия IV - Любая Т любая N M1

Недифференцированный рак (включая плоскоклеточный)

Стадия IV - Любая Т любая N любая М

(все случаи рака относятся к IV стадии)

Клиническая симптоматика.

На ранних стадиях развития рака щитовидной железы патогномичных симптомов, характерных только для данного заболевания, не установлено. Особенностью этого органа является то, что различные по характеру нозологические заболевания (зоб, хронические тиреоидиты, доброкачественные и злокачественные опухоли) проявляются образованием в нем узлов, не имеющих на определенном этапе клинических различий. При этом также как и для целого ряда заболеваний щитовидной железы, для высокодифференцированных форм рака этого органа характерным является длительное бессимптомное течение, исчисляемое годами. Лишь с ростом узлов до определяемых визуально размеров больные обращают внимание на увеличение щитовидной железы и наличие в ней уплотнений. Появляются жалобы на ощущение давления на шею и неприятные ощущения при глотании. Видимых нарушений функционального состояния у больных раком щитовидной железы обычно не отмечается. Даже при распространенных процессах больные обычно находятся в эутиреоидном состоянии. Однако в последние годы отмечена возможность развития рака на фоне тиреотоксического зоба.

Таким образом наиболее частым симптомом развития опухоли щитовидной железы является наличие узла в этом органе и связанных с ним неприятных ощущений.

В дальнейшем при прогрессировании злокачественного роста и выходе его за капсулу органа появляются поздние симптомы характерные для этого заболевания. Прорастание возвратного нерва приводит к нарушению подвижности голосовых складок, проявляющейся охриплостью. При прорастании или выраженном сдавлении трахеи возможно появление затруднений при дыхании, особенно при физической нагрузке. Связь опухоли с пищеводом может вести к различной степени дисфагии.

При атипичном течении рака щитовидной железы, встречающимся у достаточно большого числа больных (до 20%), первые симптомы этого

заболевания могут быть связаны с появлением метастазов. При этом первичная опухоль в железе может не определяться рутинными методами обследования, т. к. часто бывает менее 1 см в диаметре. Поэтому данная форма течения процесса получила название "скрытый рак щитовидной железы". При лимфогенном метастазировании в этом случае основным симптомом будет наличие увеличенных лимфатических узлов на шее. Данные узлы редко беспокоят больного и часто не вызывают тревогу у врача, т. к. растут очень медленно и могут существовать много лет.

"Скрытый рак щитовидной железы" может проявляться и отдаленным метастазированием. При этом значительное поражение легких редко вызывает видимые нарушения в самочувствии больных и является неожиданной находкой при рентгенологическом исследовании этого органа. Костные метастазы также вначале не вызывают жалоб у больных. Лишь появление патологических переломов может явиться начальным симптомом, указывающим на наличие злокачественной опухоли.

Диагностика.

Клинические методы диагностики имеют важное значение в выявлении узловых образований на шее: в области щитовидной железы и регионарных зонах. Правильно собранный анамнез должен быть направлен на установления порядка и сроков появления узловых образований, связь их с симптомами гипер и гипотиреоза, скорость прогрессирования, методы и результаты проводимого ранее лечения. Если больной был ранее оперирован, то необходимо уточнить объем проведенного вмешательства, данные гистологического исследования удаленного препарата.

Обследование необходимо начинать с внимательного осмотра шеи, при котором следует обратить внимание на наличие деформации, особенно в области расположения органа. Важно выявить изменения в гормональном статусе, отметив клинические проявления гипо или гипертиреоза. Пальпацию щитовидной железы целесообразно производить в положении стоя и лежа. В положении стоя врач находясь за спиной больного 2-4 пальцами обеих рук обследует щитовидную железу, прижимая ее доли при глотательных движениях к трахее. Пальпаторно обследуются и зоны регионарного лимфооттока от щитовидной железы: вдоль сосудисто-нервных пучков шеи, боковые треугольники шеи и околотрахеальная зона. При этом отмечается степень увеличения щитовидной железы и лимфатических узлов, наличие узловых образований их форма, плотность и связь с окружающими тканями. При наличии узлов в щитовидной железе и регионарных зонах, обязательным является обследование ЛОР органов для исключения их опухолевого поражения и установления подвижности голосовых складок.

Несомненна целесообразность современного обследования при раке щитовидной железе органов в которых отмечается наиболее частое развитие первично-множественных опухолей: молочных желез, матки и яичников.

Однако злообразование в щитовидной железе может обусловлено различными по морфологии процессами, как неопухолевой: смешанные и

узловые зобы, хронические тиреоидиты, так и опухолевой природы: аденоматоз, рак, саркомы. На ранних стадиях развития дифференциальная диагностика этих заболеваний без использования специальных методов обследования практически не возможна. В настоящее время основным методом диагностики, обязательным при подозрении на опухолевое поражение щитовидной железы, является ультразвуковое исследование. Использование современных ультразвуковых аппаратов со специальными датчиками 7,5 и 5 МГц позволяет выявлять очаги опухолевого роста до 0,2-0,5 см в наибольшем измерении. Это обеспечивает возможность обнаружения дополнительных, не определяемых с помощью других методов дооперационного обследования, узловых образований у каждого второго больного, поступившего на оперативное лечение. Чувствительность этого метода в выявлении непальпируемых очагов опухолевого роста достигает 91%.

Кроме этого некоторые ультразвуковые симптомы, достоверно чаще встречаются при злокачественных опухолях щитовидной железы. К таким критериям злокачественности, помимо общеизвестных признаков (выход опухолевого процесса за капсулу щитовидной железы и наличие метастатических узлов), следует относить неровность контура самого опухолевого очага, отсутствие гипэхогенного ободка ("хало") вокруг него и неравномерную структуру узла с преобладанием гипэхогенных солидных участков.

Немаловажное значение имеет ультразвуковой метод и для выявления пальпаторно неопределяемого поражения регионарных лимфатических узлов, особенно в паратрахеальных зонах. Обязательным является ультразвуковое обследование органов брюшной полости для выявления первично-множественных опухолей при медулярной форме рака щитовидной железы.

Рентгенография легких в двух проекциях должны быть произведена у всех больных с подозрением на злокачественную опухоль щитовидной

железы. Это связано с высокой вероятностью метастазирования в легкие, чаще проявляющегося в виде множества мелких очагов, которые можно пропустить при флюорографии и рентгеноскопии. При подозрении на метастатическое поражение лимфатических узлов средостения или загрудинном компоненте первичной опухоли целесообразно выполнить томографии средостения. Компьютерная томография используется только при невозможности уточнить другими методами связь загрудинно расположенных образований с сосудами и органами средостения. По показаниям, при наличии жалоб или клинических симптомов поражения проводится рентгенологическое обследование скелета. Для метастазов рака щитовидной железы чаще характерен остеолитический характер поражения, с излюбленной локализацией в позвоночнике, костях таза, ребрах. При распространенных процессах и наличии симптомов давления на трахею и пищевод возможно рентгенологическое исследование шейных отделов этих органов, включая томографию.

Для исключения опухолевого или травматического (после произведенной операции) поражения возвратных нервов обязательным методом обследования является непрямая ларингоскопия с оценкой подвижности голосовых складок. Другие эндоскопические методы: фиброскопия трахеи и пищевода, используются только при подозрении на прорастание этих органов

Цитологическое исследование пунктатов из очагов опухолевого роста является определяющим для установления правильного диагноза и выбора оптимального варианта лечения. Данный метод наиболее важен для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных очагов в щитовидной железе. Целесообразно получение материала для цитологического исследования из всех узлов в щитовидной железе, морфологический характер которых может повлиять на выбор метода лечения и объема операции. Этот метод позволяет достоверно дифференцировать метастатическое поражение лимфатических узлов от

других, первичномножественных опухолей. При получении достаточного для цитологического заключения материала у большинства больных (60%) возможно установление морфологической формы злокачественной опухоли: папиллярный, фолликулярный, медуллярный, недифференцированный рак или саркома. При этом по данным пункции метастатического узла возможно определение локализации клинически неопределяемой первичной опухоли.

При отсутствии морфологической верификации диагноза до операции высокой эффективностью обладает метод срочного цитологического исследования соскобов или отпечатков с удаленного опухолевого узла. Он обязательно должен быть применен при сохранении части пораженной доли органа или выявлении лимфатических узлов подозрительных по метастазированию. С аналогичной целью возможно использование срочного гистологического исследования замороженных срезов опухоли. Однако трудность интерпритации морфологических изменений при высокодифференцированных опухолях и высокая частота гипер и гиподиагностических ошибок требуют участия опытного морфолога.

Плановое гистологическое исследование всех удаленных узловых образований щитовидной железы является обязательным условием для выявления рака этого органа. Учитывая частоту т. н. "скрытого рака щитовидной железы", все удаленные образования на шее также должны быть морфологически верифицированы.

Из лабораторных методов, имеющих значение для диагностики рака щитовидной железы следует выделить определение уровня кальцитонина у больных с подозрением на медуллярную форму опухоли и их кровных родственников. Повышенное содержание этого гормона является специфическим маркером для выявления опухолей этого вида и раннего обнаружения рецидивов заболевания. Значительное повышение уровня содержания тиреоглобулина в сыворотке больного дифференцированным раком щитовидной железы также в ряде случаев может явиться указанием на возможный рецидив заболевания. У всех больных, особенно оперированных

на щитовидной железе, целесообразно изучение уровней содержания тиреоидных (Т3, Т4) и тиреотропного (ТТГ) гормонов. Это важно для своевременной коррекции обнаруженных изменений, имеющей значение в профилактике рецидивов заболевания.

Прочие методы диагностики, включая ранее широко используемые методы сцинтиграфии и термографии в настоящее время не рекомендуются для широкого практического использования. Это связано с отсутствием достаточной их специфичности и меньшей разрешающей способностью по сравнению с современным ультразвуковым исследованием.

Исследование с введением радиоактивного йода имеет значение только для выявления метастазов после тиреоидэктомии и определением их йодконцентрирующей функции.

Дифференциальная диагностика.

Наибольшую сложность представляет дооперационная дифференциальная диагностика начальных стадий рака щитовидной железы и доброкачественных узловых образований этого органа: аденом, узловых зобов, хронического тиреоидита. Наибольшей эффективностью для этой цели обладает цитологический метод с дооперационным исследованием пунктата из узла и интраоперационным - соскоба с опухоли. Возможно использование чрезкожной биопсии (с применением специальных игл) и срочного гистологического исследования. Имеет значение и оценка вышеописанных критериев злокачественности при ультразвуковом методе.

Для дифференциальной диагностики "скрытого рака щитовидной железы" с опухолевым поражением лимфатических узлов другой природы и кистами шеи основным является ультразвуковое исследование. Выявление скрытой опухоли в щитовидной железе и ее цитологическая верификация позволяет установить правильный диагноз. Цитологическое исследование пунктата из узлов на шее, также у большинства больных дает возможность определить природу выявленных изменений.

Определенные диагностические трудности имеются при обнаружении "скрытого рака щитовидной железы", проявляющегося отдаленными метастазами. Метастазы в легкие дифференцируются с милиарным диссеминированным туберкулезом для которого менее характерны: поражение преимущественно нижних отделов легких, отсутствие общей реакции организма, включая температурную, неэффективности специфического противотуберкулезного лечения. Метастазы в кости от доброкачественных кистозных изменений и первичных опухолей костей дифференцируются по характерной преимущественно остеолитической и множественной картине поражения. Точный диагноз требует морфологической верификации выявленных изменений, которая возможна с помощью трепанбиопсии.

Лечение.

Основным методом лечения дифференцированных форм рака щитовидной железы является хирургический. Однако вопрос адекватного объема оперативного вмешательства вызывает многочисленные споры и дискуссии. В связи с высокой вероятностью внутриорганной первичной множественности в щитовидной железе многими исследователями до настоящего времени операцией выбора при раке этого органа считается тиреоидэктомия. Однако, высокие результаты 10 летней выживаемости при выполнении органосохраняющих операций, включающих тотальное удаление только пораженной доли щитовидной железы и перешейка по поводу нераспространенных высокодифференцированных опухолей этого органа позволяют нередко отказаться от этой, вызывающей наибольшее число послеоперационных осложнений операции, особенно при одиночных очагах. Дискуссионным остается вопрос возможности выполнения органосохраняющих вмешательств при множественных опухолях щитовидной железы. При детальном анализе результатов оперативных вмешательств у 341 больного с множественными очагами в щитовидной железе нами отмечена целесообразность сохранения непораженной части органа у большинства из них. Это обосновано тем, что при гистологическом исследовании у 152 (44, %) обнаружены только очаги доброкачественных опухолей, а у 33 (9,7%) на фоне аденоматоза отмечены явления дисплазии эпителия различной степени выраженности. Очаги доброкачественного и злокачественного роста имелись у 78 (22,9%) больных и только множественные очаги рака у 78 (22,9%). При этом у 54 из 78 больных с первично-множественными доброкачественными и злокачественными опухолями в щитовидной железе был единичный очаг рака. Множественные очаги злокачественного роста имелись у 102 больных (у 78 только рак и у 24 на фоне аденоматоза). При этом у 61 из них (60%) опухоль поражала только одну долю или долю и перешеек. Лишь у 41 больного отмечено злокачественное поражение обеих долей или тотально всего органа.

Все это указывает, что по распространенности злокачественной опухоли по органу показания к тиреоидэктомии имелись лишь у 41 из 341 (12%) больных с множественными очагами в щитовидной железе. Тем более, что в подавляющем числе наблюдений (143 из 156 - 91,7%) были констатированы высокодифференцированные формы рака: папиллярная, фолликулярная и папиллярно-фолликулярная.

Суммируя вышеизложенное, можно констатировать, что современные методы диагностики позволяют до операции выявить первичную множественность опухолевого роста в щитовидной железе. Дополняя полученные данные возможностями интероперационной диагностики (срочное цитологическое и гистологическое исследования, интероперационное ультразвуковое обследование), у большинства больных с множественными опухолями щитовидной железы возможно сохранение неизмененных отделов органа.

Показаниями к выполнению тиреоидэктомии остаются:

- а) наличие или высокая вероятность развития отдаленных метастазов;
- б) подтвержденное морфологически злокачественное поражение обеих долей органа;
- в) недифференцированный характер опухоли.

Оперативные вмешательства по поводу злокачественных опухолей щитовидной железы необходимо выполнять по онкологическим принципам. Пораженную долю целесообразно удалять экстракапсулярно с перевязкой щитовидных артерий, выделением возвратного нерва и околощитовидных желез. Для сохранения функции последних перевязка нижней артерии производится у собственной капсулы щитовидной железы после сохранения питающей эти тельца сосудистой ножки. Обязательным является широкий доступ, позволяющий провести тщательную ревизию щитовидной железы и зон регионарного лимфооттока, включая околотрахеальную клетчатку и область переднего средостения. Увеличенные лимфатические узлы необходимо направить на срочное морфологическое исследование. При

обнаружении регионарных метастазов операцией выбора является фасциально-футлярная шейная диссекция по щитовидному варианту. При этой операции единым блоком удаляются клетчатка с лимфатическими узлами внутренней яремной цепи, бокового треугольника шеи, включая заакцесорную область. Границами данного вмешательства служат: латерально - передний край трапецивидной мышцы, медиально - гортань и трахея, сверху - задняя часть двубрюшной мышцы, снизу - ключица, сзади - лестничные мышцы шеи. При наличии паратрахеальных метастазов удаляется и клетчатка этой области и области передне-верхнего средостения. Удаление глубоко уходящих за грудину и недостижимых из шейного доступа метастазов возможно после "Т"-образной стернотомии. Операция Крайля при дифференцированных опухолях щитовидной железы в настоящее время применяется редко. В дополнение к вышеописанному объему вмешательства на шее при этой операции удаляются кивательная мышца, внутренняя яремная вена и пересекается добавочный нерв. Показанием к операции Крайля при раке щитовидной железы является обширное регионарное метастазирование с прорастанием внутренней яремной вены и грудино-ключично-сосцевидной мышцы. При двустороннем регионарном метастазировании возможно одномоментное вмешательство, и поэтапное отсроченное удаление клетчатки шеи второй стороны. Нежелательным является одновременная перевязка обеих внутренних яремных вен, которая может явиться причиной нарушения мозгового кровообращения.

Лучевая терапия при злокачественных опухолях щитовидной железы может использоваться в виде наружного облучения и лечения раствором радиоактивного йода.

Использование радиоактивного йода является высокоэффективным методом лечения отдаленных метастазов высокодифференцированного рака щитовидной железы. При сохранении йоднакопительной функции метастазов в легкие с помощью этого метода возможно добиться клинического излечения более чем у 90% больных. Использование этого метода для

лечения костных метастазов, особенно совместно с дистанционной лучевой терапией, также обеспечивается благоприятный эффект у большинства больных. Однако условием успешного применения этого метода является максимально возможное удаление ткани щитовидной железы. Если тотальная тиреоидэктомия невозможна или связана с высоким риском тяжелых осложнений, то первые введения лечебных активностей радионуклида направлены на удаление остатков тиреоидной ткани. Введение лечебных активностей радиоактивного йода в дозах 2-4 ГБк осуществляется 1 раз в 2,5-3 месяца и продолжается до излечения либо утраты метастазами йодпоглощательной способности. Введению препарата должно предшествовать отсутствие контакта больного с йодистыми препаратами и гормональный голод в течении 3-4 недель.

В качестве наружного облучения при злокачественных опухолях щитовидной железы наиболее часто используется дистанционная гамматерапия. Этот метод самостоятельно применяется только с паллиативной целью при отсутствии возможности радикального удаления опухоли.

Комбинированное и комплексное лечение используется преимущественно при недифференцированных и неэпителиальных злокачественных опухолях щитовидной железы. Показанием к применению дистанционной гамматерапии в сочетании с операцией при дифференцированных формах опухолей этой локализации до настоящего времени признано наличие распространенного поражения с прорастанием капсулы органа и обширным регионарным метастазированием, особенно в паратрахеальные области и средостение. Используется преимущественно предоперационная лучевая терапия с классическим фракционированием дозы по 2 Гр 5 раз в неделю до суммарной дозы 40 Гр. В объем облучения включают первичную опухоль вместе со щитовидной железой, переднебоковые отделы шеи, медиальные трети надключичных зон и область передневерхнего средостения. Показанием к послеоперационному

облучению являются сомнения в радикальности оперативного вмешательства и выявленный только при плановом гистологическом исследовании недифференцированный характер опухоли. Используется суммарная очаговая доза до 50 Гр с возможностью подведения на отдельные участки (остатки опухоли) до 70 Гр.

Химиотерапия при злокачественных опухолях щитовидной железы имеет преимущественно вспомогательное значение. Лишь при лимфосаркоме этого органа отмечена высокая эффективность этого лечения в сочетании с лучевым воздействием. Отмечены лишь единичные наблюдения эффективности современных схем противоопухолевого лекарственного воздействия при метастазах недифференцированного и медуллярного рака щитовидной железы.

Гормонотерапия с использованием высоких доз тиреоидных препаратов (до 1 г тиреоидина и эквивалентных доз синтетических тиреоидных гормонов: L-тироксина, тиреокomba, тиреотома, трийодтирониона) может быть использована для замедления роста инкурабельных злокачественных опухолей щитовидной железы. В качестве заместительной гормонотерапия тиреоидными препаратами должна использоваться у всех больных со злокачественными опухолями щитовидной железы. Данное лечение назначают после операции в дозах подбираемых с учетом объема вмешательства на щитовидной железе, возраста и общего состояния больного (от 0,05 до 0,3г тиреоидина в сутки). Правильность подбора суточной дозы контролируется с помощью радиоиммунного анализа содержания гормонов в сыворотке крови. При этом необходимо обеспечить подавление избыточного выделения тиреотропного гормона гипофиза.

Профилактика.

К мерам предупреждающим развития злокачественных опухолей щитовидной железы следует отнести исключение воздействий способствующих развитию этого заболевания. Это профилактика гормональных нарушений за счет обеспечения йодистого обмена, исключение необоснованных лучевых воздействий на зону щитовидной железы, особенно у детей. К методам вторичной профилактики следует отнести своевременное и адекватное лечение гиперпластических процессов в щитовидной железе. Рациональные оперативные вмешательства по поводу узловых зобов и аденоматоза с последующей гормональной коррекцией обеспечивают своевременное выявление рака этого органа и значительное снижение риска развития запущенных форм этого заболевания (Агеев И. С., 1994г).

Прогноз.

В первую очередь прогноз при злокачественных опухолях щитовидной железы определяется степенью дифференцировки опухоли, ее первичной распространенностью и адекватностью проведенного лечения. При высокодифференцированных формах опухоли: папиллярном и фолликулярном раке достигается излечение более чем 80-90% больных со сроками наблюдения 10-15 лет. В тоже время при недифференцированном и плоскоклеточном раке этого органа описаны лишь единичные благоприятные исходы. Несмотря на использование современных методов комбинированного и комплексного лечения, большинство больных с этими высоkozлокачественными опухолями живут менее одного года от момента установления диагноза. Несомненное прогностическое значение имеют возраст и пол больного. Так в молодом возрасте встречаются преимущественно высокодифференцированные опухоли с благоприятным прогнозом и медленным прогрессированием. В литературе описаны достоверные случаи излечения папиллярного рака щитовидной железы более чем чрез 20 лет от момента его выявления.

Список литературы.

- 1) Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: нац. рук. / ред. А. А. Кулаков, Т. Г. Робустова, А. И. Неробеев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
- 2) Челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство / ред. А. А. Кулаков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 692 с.
- 3) Опухоли челюстно-лицевой области [Электронный ресурс]: учеб. пособие для самостоят. работы врачей стоматологов / Т. В. Казанцева, В. В. Алямовский, Ю. А. Дыхно [и др.]. - Красноярск : КрасГМУ, 2016. - 195 с.
- 4) Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта [Текст] / В.А.Дунаевский; I ЛМИ им акад. И.П. Павлова.-Ленинград, Медицина, «Ленинградское отделение», 1986.– 184 с.; Библиогр.: с.171-182.-15000 экз.
- 5) Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями [Текст] / В.И. Чисов; АМН СССР, Е.С. Киселева и др./ под ред. В.И.Чисова. – М., Медицина, 1989.- 560с.; Библиогр.: с.548-557.- 20000 экз. ISBN 5-225-015472-7.
- 6) Пачес А.И., Олышанский В.О., Любаев В.Л., Туок Т.Х. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани [Текст] / А.И. Пачес, ВОНЦ АМН СССР, В.О. Олышанский, Московский НИИ Онкологии им. П.А.Герцена и др. – М., Медицина 1988.- 304с.; Библиогр.: с.290-298.-25000 экз. ISBN 5-225-00238-2.
- 7) Протоколы диагностики и лечения злокачественных новообразований. [Текст] / Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова / под ред. И.В. Залуцкого.- Минск, ОДО «Тонпик», 2004.-371с.- 1500 экз.
- 8) Реабилитация онкологических больных. [Текст] /В.Н. Герасименко, Ю.В. Артюшенко и др. / под ред. проф. В.Н. Герасименко. – М., Медицина, 1988. –272с.; Библиогр.: с.269-271.- 20000экз. ISBN 5-225-00178-5.
- 9) Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области[Текст]. М., Медицинская книга, Н.Новгород, Издательство НГМА, 2000. –160с.; Библиогр.:с.155-156.- 5000экз. ISBN 5-86093-036-4.