

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## Реферат

На тему: «Рак щитовидной железы»

Выполнил:  
ординатор 2 года обучения  
Репаный Денис Анатольевич  
Проверил:  
К.м.н., доц. Поляков А.В.

Красноярск, 2020

## Содержание

1. Определение понятия, актуальность
  2. Этиология рака щитовидной железы
  3. Классификация рака щитовидной железы по стадиям
  4. Клиническая картина
  5. Метастазирование
  6. Диагностика рака щитовидной железы
  7. Дифференциальная диагностика
  8. Лечение
  9. Профилактика
  10. Прогноз
- Литература

## **1. Определение понятия, актуальность**

Рак щитовидной железы – опухоль, развивающаяся из клеток эпителия щитовидной железы. При отсутствии радиационного воздействия частота встречаемости рака щитовидной железы растет с возрастом. Если у детей он встречается крайне редко, то у лиц старше 60 лет в половине случаев можно выявить узловые формы рака. Подъем заболеваемости наступает на 4-м десятилетии как у мужчин, так и у женщин, однако соотношение заболеваемости остается 1:3 соответственно. Возникновение рака щитовидной железы во всех странах имеет два пика: меньший – в возрастной период от 7 до 20 лет, больший – в 40 – 65 лет.

Рак щитовидной железы занимает скромное место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями. На его долю приходится 0,4 – 2% всех злокачественных новообразований. Заболеваемость раком щитовидной железы в Российской Федерации (1996 г.) составила 1,1 на 100 тыс. среди мужского населения и 3,8 на 100 тыс. среди женского.

## **2. Этиология рака щитовидной железы**

Детальное изучение больных с заболеваниями щитовидной железы позволяет высказать определенные суждения о причинах возникновения рака щитовидной железы. Гормональные воздействия. В эксперименте убедительно показано, что повышенное содержание тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) в крови является важным этиологическим и патогенетическим фактором развития опухолей щитовидной железы. Вместе с тем подавление секреции ТТГ тиреоидными гормонами вызывает лечебный эффект при дифференцированном раке щитовидной железы. Отмечено, что исходный уровень ТТГ при раке щитовидной железы значительно выше, чем при отсутствии патологии в органе. Ионизирующее излучение. В последнее время все больше наблюдений указывают на ионизирующее излучение как на причину развития рака в щитовидной железе. В 1978 г. I. Cerlethy и соавт. показали, что у лиц, подвергшихся в детстве рентгеновскому облучению области головы и шеи (по поводу лимфаденитов, увеличения миндалин, аденоидов и т.д.), рак щитовидной железы был выявлен в 19,6 % случаев. Среди японцев, подвергшихся облучению при взрыве атомных бомб в Херасиме и Нагасаки, рак щитовидной железы наблюдался в 10 раз чаще, чем среди остального населения Японии. В этой связи следует отметить рост заболеваемости раком щитовидной железы у лиц, попавших под воздействие ионизирующей радиации после аварии на Чернобыльской АЭС. В России (Брянская, Тульская, Рязанская и Орловская области), по данным В.В. Двойрина и Е.А. Аксея (1993 г.), уровень заболеваемости раком

щитовидной железы у детей в возрасте 5 – 9 лет после аварии увеличился в 4,6 – 15,7 раза по сравнению со средним по стране.

Частота факторов, способствующих развитию заболеваний щитовидной железы, %

Предрасполагающий фактор Доброкачественные опухоли Рак

Заболевание женских половых органов 51,4 44,8

Заболевание щитовидной железы и других эндокринных органов у близких родственников 32,4 34,6

Опухоли и дисгормональные заболевания молочных желез 10,8 5,1

Профессиональные вредности (ионизирующее излучение, работа в горячих цехах, с тяжелыми металлами) 16,2 18,4

Психическая травма 21,6 7,7

Частота раннего рака щитовидной железы на фоне других заболеваний

Фон Частота, %

Неопластические заболевания аденома, аденоматоз 65,1

Гиперпластические заболевания

хронический тиреоидит 18,9

узловатый зоб 4,7

Без заболеваний 11,3

Другие факторы, способствующие развитию заболеваний щитовидной железы. Изучение проблемы рака щитовидной железы в последнее время позволило установить ряд факторов, имеющих прямое отношение к развитию заболевания

Отмечено, что у больных папиллярным и фолликулярным раком щитовидной железы предрасполагающие факторы были выявлены в 84 – 86 % случаев, при этом сочетание нескольких факторов имеет место у большинства больных (60,5%). Вопрос взаимосвязи рака и "фоновых" процессов является одним из основных в онкологии, так как он касается причинно-следственных отношений в канцерогенезе. Установлено, что дефицит йода в организме служит основной причиной гиперплазии щитовидной железы. Обычно такая гиперплазия является компенсаторной, но иногда становится необратимой. Этому процессу могут способствовать также факторы, блокирующие синтез тиреоидных гормонов. Таким образом, развитию злокачественных новообразований в железе нередко предшествуют узловатый зоб, диффузная и узловатая гиперплазии, доброкачественные опухоли (аденома). Наиболее высокий процент выявления раннего рака отмечен на фоне аденом и аденоматоза щитовидной железы, однако и гиперпластические заболевания могут быть фоновыми для развития рака щитовидной железы в 23,6 % случаев. Это лишний раз доказывает необходимость морфологической верификации любого узлового образования в щитовидной железе.

С учетом имеющихся данных относительно этиопатогенеза рака щитовидной железы следует отметить, что в группу повышенного риска надо относить:

- женщин, длительное время страдающих воспалительными или опухолевыми заболеваниями гениталий и молочных желез;
- лиц, имеющих наследственное предрасположение к опухолям и дисфункции желез внутренней секреции;
- пациентов, страдающих аденомой или аденоматозом щитовидной железы;
- рецидивирующих эутиреоидным зобом в эпидемичных районах;
- лиц, получивших общее или местное воздействие на область головы и шеи ионизирующей радиации, особенно в детском возрасте.

### **3. Классификация рака щитовидной железы по стадиям**

В нашей стране наибольшее распространение получило распределение злокачественных опухолей по 4 стадиям, каждая из которых характеризуется степенью распространения первичной опухоли, наличием регионарных и отдаленных метастазов.

Распределение рака щитовидной железы по клиническим признакам (стадиям)

I стадия - одиночная опухоль в щитовидной железе без деформации и прорастания капсулы железы и без ограничения смещаемости, при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов.

II стадия: а - одиночная или множественные опухоли в щитовидной железе, вызывающие ее деформацию, но без прорастания капсулы железы и без ограничения смещаемости, при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов;

б - одиночная или множественные опухоли в щитовидной железе, вызывающие или не вызывающие ее деформацию, без прорастания капсулы железы и без ограничения смещаемости, но при наличии смещаемых регионарных метастазов на пораженной стороне шеи и при отсутствии отдаленных метастазов.

III стадия: а - опухоль распространена за пределы капсулы щитовидной железы и связана с окружающими тканями или сдавливает соседние органы (парез возвратного нерва, сдавление трахеи, пищевода и пр.) при ограниченной смещаемости железы, но при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов;

б - опухоль щитовидной железы I, II и III а стадий, но при наличии двусторонних смещаемых метастазов на шее, или метастазов на шее на стороне, противоположной поражению щитовидной железы, или одно- или двусторонних метастазов на шее, ограниченно смещаемых, но при отсутствии отдаленных метастазов.

IV стадия - опухоль прорастает в окружающие структуры и органы, щитовидная железа не смещается; либо наличие несмещаемых метастазов в лимфатических узлах на шее, либо отдаленные метастазы.

Классификация злокачественных опухолей по системе TNM

T - первичная опухоль.

Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T0 - первичная опухоль не определяется.

T1 - опухоль до 2 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 или любая опухоль с минимальным распространением за пределы капсулы (в m. sternothyroideus или мягкие ткани около щитовидной железы).

T4a - опухоль прорастает капсулу щитовидной железы и распространяется на любую из следующих структур: подкожные мягкие ткани, гортань, трахею, пищевод, возвратный нерв.

T4b - опухоль распространяется на предпозвоночную фасцию сосуда средостения или оболочку сонной артерии.

T4a\* - только недифференцированная (анапластическая карцинома) опухоль (любого размера), ограниченная щитовидной железой\* \*.

T4b\* - только недифференцированная (анапластическая карцинома) опухоль (любого размера), распространяется за пределы капсулы щитовидной железы\*\*\*.

Примечание. Многофокусные опухоли любого гистологического строения обозначаются (т) (классификация по наибольшему узлу), например, T2 (т).

\*Все недифференцированные (анапластические) карциномы классифицируются T4.

\*\*Недифференцированная (анапластическая) опухоль, ограниченная щитовидной железой, считается резектабельной.

\*\*Недифференцированная (анапластическая) опухоль, прорастающая капсулу, считается нерезектабельной.

Регионарные лимфатические узлы

Nx - недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 - нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N. - имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами.

N1a - метастазы в лимфатических узлах У1 уровня (претрахеальные и паратрахеальные), включая окологортанные и лимфатические узлы Delphian/a.

N1b - поражены метастазами другие шейные лимфатические узлы на одной стороне, или с обеих сторон, или на противоположной стороне, верхние передние медиастинальные.

M - отдаленные метастазы.

Mx - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M0 - нет признаков отдаленных метастазов.

M1 - имеются отдаленные метастазы.

Категория M в зависимости от локализации метастазов может быть дополнена следующими символами:

легкие - PUL; кости - OSS; печень - HEP; головной мозг - BRA; кожа - SKI.

Гистологические типы

Существуют четыре наиболее распространенных гистопатологических типа:

Папиллярная карцинома (включая с фолликулярными фокусами).

Фолликулярная карцинома (включая так называемую Гюрт-ле клеточную) карциному.

Медуллярная карцинома.

Недифференцированная (анапластическая) карцинома.

После определения T, N, M и/или pT, pN, pM категорий может быть выполнена группировка по стадиям.

Установленная степень распространения опухолевого процесса по системе TNM или по стадиям должна оставаться в медицинской документации без изменений.

#### **4. Клиническая картина**

Дифференцированный рак щитовидной железы длительное время не сопровождается какими-то общими расстройствами: нет ни болей, ни лихорадки, не страдает общее состояние и даже работоспособность. Больного беспокоит только сам факт существования узла в проекции щитовидной железы. Нередко больной и не подозревает о существовании у него опухоли, которая является неожиданной находкой при врачебном осмотре. Таким образом, на начальных стадиях клинические проявления дифференцированных карцином имеют много общего с симптомами узлового нетоксического зоба. Исключение составляет метастатический вариант дифференцированного рака.

Карциномы щитовидной железы, даже при больших размерах опухоли, занимающей все отделы железы, не сопровождаются клиническими признаками гипотиреоза.

Ведущая жалоба больных дифференцированными карциномами - наличие опухолевого узла в области шеи. При небольших размерах узел чаще располагается в области одного из полюсов доли, плотно прилежит к поверхности трахеи. Плоский, очень плотный (деревянистый), прилежащий к трахее узел - типичный признак сосочкового рака щитовидной железы.

Фолликулярные карциномы обычно не имеют такой деревянистой плотности, поверхность их более гладкая, и, как правило, опухоли больше 1,5 см.

Маленькие фолликулярные карциномы наблюдаются заметно реже, чем папиллярные раки, которые, напротив, часто не превышают 1 см.

Одним из характерных симптомов рака щитовидной железы принято считать сдавление трахеи и пищевода. Эти симптомы очень характерны для низкодифференцированных карцином щитовидной железы, которые, обладая быстрым инфильтрирующим ростом, достигают значительных размеров, циркулярно охватывают трахею и пищевод, вызывая стеноз этих органов.

Дифференцированные карциномы щитовидной железы, в частности, папиллярные раки, растут в виде одиночного узла, который, достигнув определенных размеров, может вызвать смещение трахеи.

Клинические признаки стеноза трахеи при дифференцированном раке щитовидной железы возникают при загрудинной локализации опухоли, вернее частично загрудинной, когда нижний полюс опухоли спускается за грудину. В остальных случаях трахея смещается в сторону легко податливых мягких тканей шеи и стеноза ее не возникает даже при выраженной девиации.

Одним из первых клинических симптомов дифференцированного рака щитовидной железы может быть осиплость голоса.

В отличие от других новообразований щитовидной железы, в клинической картине дифференцированных карцином ведущую роль нередко играют метастазы в регионарные лимфатические узлы. Регионарные метастазы могут появиться очень рано, когда первичная опухоль настолько мала, что клинически не определяется. В таких случаях регионарные метастазы являются первым и нередко единственным клиническим проявлением заболевания.

Подобные опухоли щитовидной железы получили название «скрытого» рака. По данным ОНЦ РАМН, «скрытый» рак составил 24,3% всех карцином щитовидной железы. К «скрытому» раку относятся все опухоли, которые клинически не определяются (от микроскопических до 1,5 см) и манифестируются только метастазами, преимущественно регионарными, или



случайно обнаруживаются при гистологическом исследовании щитовидных желез, удаленных по поводу предполагаемых доброкачественных образований.

Более удачным представляется термин «маленький» рак.

«Маленькие» карциномы щитовидной железы называют еще «минимальным», или «малым» раком.

В зависимости от размеров первичной опухоли щитовидной железы, N. Kasai предлагает следующие обозначения: «минимальный» рак - опухоли менее 5 мм; «малый» рак - опухоли от 5 до 10 мм; клинический рак - опухоли диаметром более 10 мм.

Чрезвычайно быстрый темп и диффузный, инфильтративный характер роста - это основные клинические отличия анапластических карцином от опухолей дифференцированного строения. Эти особенности определяют характер жалоб больного и объективные проявления заболевания.

К моменту госпитализации все больные, страдающие анапластическим раком щитовидной железы, имели опухоль, вызывающую деформацию шеи.

Быстрый рост опухоли сопровождается неизбежным некрозом ее, а всасывание продуктов распада вызывает явления общей интоксикации: лихорадку, слабость, анемию. Такого рода общие проявления заболевания наблюдались у 1/3 больных анапластическим раком и, как было отмечено, совершенно отсутствовали при дифференцированных карциномах щитовидной железы.

Местно недифференцированный рак щитовидной железы определяется как плотная, бугристая опухоль, нередко занимающая все отделы железы и имеющая характер инфильтрата. Регионарные метастазы появляются рано, но в отличие от метастазов дифференцированных карцином они представлены конгломератами спаянных между собой узлов, которые сливаются с первичной опухолью в единый опухолевый инфильтрат, занимающий всю переднюю поверхность шеи. В некоторых случаях регионарные метастазы определяются четко. Бурно растущая опухоль быстро выходит за пределы щитовидной железы и распространяется на соседние анатомические образования, что проявляется соответствующими клиническими симптомами.

Прежде всего, прорастая в окружающие претрахеальные мышцы, опухоль фиксируется и не смещается при глотании. Достаточно быстро в процесс вовлекается кожа, последняя становится гиперемированной.

инфильтрированной, изъязвляется, возникает опасность кровотечения.

Клиническая картина нарастает столь быстро, что прогрессирующая гиперемия и присоединяющаяся лихорадка создают ложное впечатление о возможной воспалительной природе процесса

## **5. 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. 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.

## **6. Диагностика рака щитовидной железы**

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 клинический 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. 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 гипоэхогенного ободка ("хало") вокруг него и неравномерную структуру узла с преобладанием гипоэхогенных 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 за грудином 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 проростание 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, первично множественных 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 интерпретации 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.

## **7. 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

шей 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. При любом поражении легких и костей, подозрительном на отдаленное метастазирование, целесообразно ультразвуковое исследование щитовидной железы с морфологической верификацией, обнаруженных в ней изменений.

## **8. 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 (44, %) обнаружены только очаги доброкачественных

опухолей, а у (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.

## **9. 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.

## **10. 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 высокозлокачественными 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 через 20 лет от момента его выявления.

## Литература

1. Е.А. Валдина Заболевания щитовидной железы: Руководство. 3-е изд. - СПб: Питер, 2006. - 368 с.
2. Р.М. Пропп Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.- М.: Медицина, 1966.- 164 с. Стр. 100-124, 17-24.
3. Федяев И. М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. «Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области».- М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМД, 2000.-160 с.
4. «Онкология», под ред. Чиссова В.И., Дарьяловой С.Л.- М.:ГЭОТАР-Медиа,.2007.-560 с.
5. Ганцев Ш.Х. «Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов». М.: ООО «Медицинское информационное агентство»,2006.- 488 с.
6. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
Барсуков В.Ю, Чеснокова Н.П. , Зяблов Е.В., Селезнева Т.Д.  
Издательство Академия Естествознания, 2012-108с.
7. Рак щитовидной железы, Толпинский А.П., 2000-168с