

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ЗАБОЛЕВАНИЕ С ХОРОШИМ ПРОГНОЗОМ



Владимир Николаевич Плохов, директор НУЗ Отделенческая клиническая больница ОАО «РЖД», доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии с курсом онкологии ФУВ ВолГМУ

Проблема диагностики и лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) является одной из актуальных в клинической онкологии и эндокринологии. В последние годы в большинстве регионов России статистика отмечает рост заболеваемости доброкачественными и злокачественными опухолями щитовидной железы. При относительно низкой распространенности рака щитовидной железы (от 2 до 17 новых случаев на 100000 населения в год) распространенность заболевания значительно выше, потому что обычно прогноз заболевания в результате адекватного лечения очень хороший. Качество жизни больных РЩЖ и результаты лечения во многом зависят от правильного выбора терапии.

АНАМНЕЗ И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ



Как известно, анамнез и физикальное обследование имеют относительное значение для постановки диагноза рака щитовидной железы. Тем не менее следует учитывать следующие факторы:

- возраст: у людей старше 50 лет повышается вероятность того, что пальпируемый узел окажется раком;
- пол: женщины в 8 раз чаще болеют раком щитовидной железы, чем мужчины, однако у мужчин при наличии узлового образования вероятность рака щитовидной железы вдвое превышает таковую у женщин;
- узел, сопровождающийся дисфагией или хрипотой;
- плотные, неправильной формы, не смещаемые узлы;
- шейная лимфаденопатия;
- рак щитовидной железы в анамнезе.

ДИАГНОСТИКА



На дооперационном этапе рутинно используются в большинстве лечебных учреждений ультразвукография, тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), в последнее время чаще под УЗ-контролем, и скintiграфия с Tc-99m или I-131. Выявление узлов щитовидной железы повышается с 4—7% при пальпации до 30—50% при использовании УЗИ. Наконец, УЗИ может помочь при длительном динамическом наблюдении пролеченных больных раком щитовидной железы для выявления мелких узлов, недоступных для визуализации другими методами исследования, которые могут свидетельствовать о рецидиве процесса.

Значительные успехи в диагностике рака щитовидной железы были достигнуты благодаря внедрению в практику простого и весьма информативного метода — тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы. На сегодняшний день проведение ТАБ считается наиболее ценным исследованием для диагностики доброкачественных и злокачественных заболеваний щитовидной железы.

ТАБ рекомендуется всем пациентам с пальпируемыми узловыми образованиями щитовидной железы. Пункционную биопсию мелких, непальпируемых образований, которые не превышают в диаметре 1 см, целесообразно проводить только под контролем УЗИ.

РАДИОИЗОТОПНОЕ СКАНИРОВАНИЕ



Длительное время с помощью изотопных методов, используя различные туморотропные радионуклиды и наборы, пытаются решить проблему дифференцировки доброкачественных и злокачественных узлов щитовидной железы. Однако результат сканирования не позволяет сделать заключение о злокачественности узла — это могут быть кисты, дегенеративные узлы и аденомы, подострый тиреоидит.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



У пациентов при наличии узла щитовидной железы как минимум должно быть проведено определение уровня ТТГ высокочувствительным методом для оценки функции щитовидной железы (исключить гипотиреоз и тиреотоксикоз). Отклонение уровня ТТГ от нормы значительно уменьшает, но не исключает вероятность наличия рака щитовидной железы.

Определение уровня тиреоглобулина в диагностическом поиске при раке щитовидной железы не является необходимым. Его уровень необходимо интерпретировать в динамике, после того как была проведена тиреоидэктомия (полное удаление щитовидной железы).

Магниторезонансная и компьютерная томография обладают весьма низкой информативностью в диагностике заболеваний щитовидной железы при весьма значительной стоимости их проведения. Эти исследования мало используются в диагностике локализованных форм рака щитовидной железы.

ЛЕЧЕНИЕ



Современная концепция диагностической и лечебной тактики у больных раком щитовидной железы заключается в аргументированном использовании диагностических методик, выявлении заболевания и применении комбинированного подхода с выполнением онкологически адекватной операции на первом этапе, радиоiodтерапии на последующих этапах и постоянной супрессивной терапии L-тироксина.

Планируя хирургическое лечение, следует знать, что первая операция по поводу рака щитовидной железы должна быть окончательной.

Современные подходы к объему операций при РЩЖ следующие:

Экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с удалением перешейка (половина объема щитовидной железы) выпол-

няется при дифференцированном раке одной доли диаметром до 1 см, тиреоидэктомия (полное удаление щитовидной железы) при поражении перешейка или обеих долей, диаметре опухолевого узла более 1 см, медулярном или низкодифференцированном РЩЖ.

Центральная (средняя) шейная лимфодиссекция (удаление лимфоузлов около трахеи) выполняется при интраоперационном цитогистологическом подтверждении диагноза РЩЖ. Особое внимание необходимо уделять результатам центральной (паратрахеальной) лимфодиссекции. Поражение микрометастазами лимфатических узлов этих групп составляет 30%. При верификации регионарных метастазов операция на первичном очаге дополняется селективной шейной диссекцией (полное удаление регионарных лимфоузлов шеи одно- или двухстороннее), так называемый щитовидный вариант фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи.

Повторное хирургическое вмешательство показано:

- при нерадикальной ранее выполненной операции;
- рецидиве рака щитовидной железы в оставленной тиреоидной ткани;
- прогрессировании или рецидиве регионального метастазирования.

Показания для радиоiodтерапии:

- резидуальные (остаточные) очаги опухоли при невозможности удалить их оперативным путем;
- обнаружение и последующая терапия метастазов РЩЖ.

ТТГ-СУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ



Терапия L-тироксина проводится всем больным РЩЖ в дозировках, достаточных для супрессии эндогенной продукции ТТГ. Высокий уровень ТТГ является важнейшим фактором роста для рака щитовидной железы. Доза L-тироксина определяется из расчета 2,0–2,5 мкг/кг для взрослых под контролем эндокринолога. При супрессивной терапии L-тироксина пациент должен находиться в клинически эутиреоидном состоянии, уровень ТТГ не должен превышать нижнюю границу нормы (0,2 МЕ/мл), а уровень свободного трийодтиронина (СТЗ) не должен превышать верхний предел нормы.

В заключение хочется подчеркнуть, что рак щитовидной железы излечим. Вероятность прогресса заболевания минимальна при адекватных диагностических и лечебных воздействиях.

**Наш адрес:
НУЗ ОКБ ОАО «РЖД»,
г. Волгоград,
ул. Автотранспортная, 75,
тел. (8442) 47-96-29;
ул. Коммунистическая, 7,
тел.: (8442) 90-31-55,
90-33-53.
www.vzokb.ru.**

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
НА СТ. ВОЛГОГРАД-І ОАО «РЖД»

Реклама

ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНАЯ БОЛЬНИЦА

УЛ. АВТОТРАНСПОРТНАЯ, 75 ТЕЛ. (8442) 47-96-39

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ
ЛЕЧЕБНЫЙ И МЕМБРАННЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ
ВСЕ ВИДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
В ГИНЕКОЛОГИИ, УРОЛОГИИ, ХИРУРГИИ



ПОЛИКЛИНИКА № 1

УЛ. КОМУНИСТИЧЕСКАЯ, 7 ТЕЛ.: (8442) 90-31-53, 90-31-55



КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВСЕ ВИДЫ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

ЛЕЧЕНИЕ ВСЕХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ОБСЛЕДОВАНИЕ
И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БЕСПЛОДИИ, КОНСУЛЬТАЦИЯ МАММОЛОГА.
ДЕТСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

УЛ. СВИРСКАЯ, 29 (ЗА К/Т «РОДИНА») ТЕЛ. (8442) 32-34-10

ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ
ВСЕ ВИДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



ПОЛИКЛИНИКА № 2

СТАНЦИЯ М. ГОРЬКОГО, УЛ. ВОЛГОГРАДСКАЯ, 15 ТЕЛ. (8442) 40-52-83



ОТДЕЛЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
И РЕАБИЛИТАЦИИ

ДОСТОЙНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА САНАТОРИЯМ И КУРОРТАМ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

КАПСУЛА «АЛЬФА-SPA». ВСЕ ВИДЫ МАССАЖА, ФИТОБАР, УЮТНЫЕ ЛЮКСЫ И
ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ СЕРВИСА

ВРЕМЯ ЗАНЯТЬСЯ СВОИМ ЗДОРОВЬЕМ!