



ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азимова Г. М.

Мамарасулова Д. З.

Азимов Х. М.

Андижанский государственный медицинский институт
г.Андижан, Узбекистан

Введение

Рак щитовидной железы (РЩЖ) – наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль эндокринных органов. В мире ежегодно регистрируются 122 тысячи новых случаев рака щитовидной железы, что составляет 1% от всех регистрируемых случаев злокачественных новообразований. В различных регионах мира стандартизованный показатель заболеваемости на 100 000 населения колеблется от 0,8 до 5,0 у мужчин и от 1,9 до 19,4 у женщин [1]. Отмечается тенденция к росту рака щитовидной железы и в нашей стране [2, 3].

Большинство опухолей щитовидной железы развивается из фолликулярного эпителия и разделяется на злокачественные и доброкачественные опухоли [6]. На основании гистологического строения злокачественные карциномы щитовидной железы классифицируются на недифференцированный рак, медулярный рак и дифференцированный рак щитовидной железы. Дифференцированный рак: фолликулярный рак [2] и папиллярный рак (50-60% всех раков щитовидной железы). Анапластический или недифференцированный рак щитовидной железы - наиболее агрессивная и редкая форма злокачественных новообразований щитовидной железы, состоящий полностью или частично из недифференцированных клеток, характеризуется стремительным инвазивным экстраорганным ростом, крайне плохим прогнозом и высокой частотой метастазирования независимо от тактики и метода лечения [3]. На папиллярный рак приходится 85% от общего количества всех гистологических вариантов рака щитовидной



International Conference on Educational Discoveries and Humanities

Hosted online from Moscow, Russia

Website: econfseries.com

16th January, 2025

железы. Фолликулярный рак составляет 15%, медуллярный 5% и анапластический рак 1% от количества всех новообразований .

Таким образом, в структуре заболеваемости преобладают высокодифференцированные формы опухолей (чаще фолликулярная и папиллярная формы). Также отметим, что в настоящее время отмечается снижение среднего возраста заболевших раком щитовидной железы. Выделяют 2 возрастных пика заболеваемости: 40-60 лет и 7-20 лет (ранний рак щитовидной железы). Клиническое течение основных форм рака щитовидной железы характеризуется медленным развитием первичной опухоли и относительно благоприятным прогнозом [1].

Несмотря на то, что опухоли щитовидной железы составляют 1-3% от общего количества всех новообразований у человека [4], в группе эндокринных новообразований этот показатель составляет 90% и на него приходится 60% смертности в этой группе опухолей [5, 6].

Цель работы. Улучшить диагностику, лечение и реабилитацию больных РЩЖ.

Материалы и методы. В исследование включено 175 больных РЩЖ, поступавших в Андижанский филиал «РСНПМЦОиР» в период с 2017-2024 год возрасте от 5 лет до 81 года. Больных детского возраста -12 чел, подросткового возраста - 13 чел, взрослых - 150 чел. Больных ПРЩЖ было 146 человек, ФРЩЖ - 7 человек, МРЩЖ – 8 человек, 9 больных - НРЩЖ и 5 - АРЩЖ. При выборе объема операции на ЩЖ и регионарном лимфатическом коллекторе учитывались гистологический тип карциномы, размер опухоли, экстратироидную инвазию, состояние опухолевой капсулы и локализации опухоли в ЩЖ. Хирургическое вмешательство выполнено у 174 больных, в 7 наблюдениях опухоль оказалась неоперабельной, выполнялись другие виды лечения (ДЛТ, ПХТ).

Результаты. Рецидив опухоли выявлен у 28 (16,1%) больных ПРЩЖ, у 17 (10,1%) больных ФРЩЖ, у 9(52,8%) больных МРЩЖ, у 135 (77,8%) больных



International Conference on Educational Discoveries and Humanities

Hosted online from Moscow, Russia

Website: econfseries.com

16th January, 2025

НРЦЖ и у 5 (8%) больных АРЦЖ. У 44 больных констатирован смертельный исход. Локальный рецидив опухоли - 21% случаев, отдаленный рецидив – 23,2% случаев, «изолированный» регионарный рецидив имелся у 99 (57,2%) случаях.

Выводы. На сегодняшний день главным методом лечения рака щитовидной железы является хирургический. При наличии или подтверждении подозрений по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии недифференцированной, фолликулярной, медуллярной или папиллярной карциномы рекомендуется выполнить оперативное вмешательство в объеме, адекватном распространенности рака.

Наиболее высоким благоприятным влиянием на прогноз безрецидивной выживаемости больных ДРЦЖ обладает тактика лечения, соответствующая международным рекомендациям (2006 г.).

Литература

1. Давыдов М.И., Матякин Е.Г., Шенталь В.В. и др. Хирургическое лечение опухолей верхней грудной апертуры // Вопросы онкологии. – 1999. – №45. – с.301305.
2. Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы. М. – 1995. – 368 с.
3. Сатылганов И.Ж. Диагностика, прогноз и гистогенез С–клеточных раков щитовидной железы (гистология, ультраструктура, иммуногистохимия: Авторефер. дисс...д–ра. мед. наук. М. – 2001. – 39 с.
4. Райхлин Н.Т., Кветовой И.М., Барышевская Л.А. Еще раз про апудоциты // Архив патологии. – 2000. – №2. – С.5760.
5. Ansari A.N. Familiar extra–adrenal pheochromocytoma // Arch. Intern. Med. – 1985. – Vol.145. – P.115128.
6. Beressi N., Campos J.M., Beressi J.P. et al. Sporadic medullary microcarcinoma of the thyroid: a retrospective analysis of eighty cases // Thyroid. – 1998. – Vol. 8, №11. – P. 10391044.



International Conference on Educational Discoveries and Humanities

Hosted online from Moscow, Russia

Website: econfseries.com

16th January, 2025

7. Cupisti K., Simon D., Wolf A., Gerhaz C.D., Goretzki P.E., Dotzenrath, Wittie J., Roher H.D. Surgical treatment of postoperative, incidentally diagnosed small sporadic C-cell carcinomas of the thyroid // Langenbecks Arch Surg. – 2000. – Vol.385, №8. – P.526530.