

Так, у лиц старше 61 года ФА обнаружена в 17 наблюдениях (18,8 %). У пациентов моложе 30 лет – в 7 (8,2 %). ФА была диагностирована у одной пациентки (1,2 %) моложе 20 лет.

Из 101 ФА признаки малигнизации (наличие инвазии в капсулу) отмечены в 7 наблюдениях (6,9 %). Достоверной разницы в вероятности малигнизации ФА в зависимости от пола пациента нами не обнаружено. Так, у мужчин из 15 ФА только одна (6,7 %) была с признаками малигнизации, у женщин – признаки малигнизации обнаружены в 6 (7,0 %) случаях ($p>0,05$). Однако если учесть тот факт, что среди всех оперированных нами пациентов за этот период с узловым зобом ФА у мужчин составила 45,5%, а среди

женщин – всего 29,9%, то риск обнаружить малигнизированную ФА у мужчин выше. Мы проанализировали вероятность малигнизации ФА в зависимости от ее размеров. Малигнизированные ФА имели достоверно больший размер – $3,5 \pm 0,6$ см в диаметре по сравнению с аденомами, без признаков малигнизации – $2,9 \pm 0,8$ см ($p<0,05\%$).

Выводы. Вероятность малигнизации ФА у мужчин и женщин одинаковая. Однако в связи с тем, что доля ФА среди узловых патологий ЩЖ значительно выше у пациентов мужского пола, чем у женского, то вероятность обнаружить малигнизированную ФА выше у мужчин. Вероятность малигнизации достоверно возрастает с увеличением размеров узла и зна-

чительно выше в узловых образованиях более 3 см в диаметре.

К ВОПРОСУ О БЫСТРОМ РОСТЕ УЗЛА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРИЗНАКЕ ЕГО ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ОНКОПАТОЛОГИИ

В.Г. Петров, А.А. Нелаева, Е.А. Александрова, Д.И. Малинин

ГЛПУ ТО ОКБ № 2, ММЛПУ Эндокринологический диспансер, ГОУ ВПО ТюмГМА МЗ РФ, г. Тюмень

В литературе существуют противоречивые мнения в отношении усиления темпа роста узлового образования щитовидной железы (ЩЖ) как одного из критериев, указывающих на принадлежность данного образования к онкопатологии.

Цель исследования. Установить связь между морфологической принадлежностью узла ЩЖ и темпами его роста.

Материал и методы. Для проверки этого факта мы проанализировали данные морфологического исследования операционного материала у 92 больных, оперированных по поводу узлового зоба, показанием к оперативному лечению у которых был быстрый темп роста узлов.

Результаты. Большая часть быстрорастущих узлов у оперированных нами пациентов приходится на узловой коллоидный зоб, который составил 67,4 % всех узлов. У 22 (23,9 %) пациентов при гистологическом исследовании удаленных узлов отмечена кистозная трансформация, что, вероятнее всего, и послужило

причиной ускорения темпов их роста. Треть узлов – 19 (20,7 %) – характеризуется наличием воспалительных аутоиммунных процессов в ткани железы, прилегающей к узлу. Рост этих узлов, возможно, связан не с истинной пролиферацией фолликулярного эпителия в узле, а с увеличением лимфоидной инфильтрации вокруг узла. У 22 (23,9 %) пациентов с быстрорастущими узловыми образованиями ЩЖ при морфологическом исследовании обнаружена фолликулярная аденома, ни в одном случае не отмечено ее малигнизации, у четырех из 22 пациентов также обнаружена кистозная трансформация аденомы. У 6 (6,5%) растущие узлы при морфологическом исследовании оказались ложными узловыми образованиями на фоне гипертрофической формы АИТ Хашимото. Только у двух пациентов при морфологическом исследовании удаленного узла диагностирован рак ЩЖ. В одном случае у пациентки 32 лет отмечен папиллярный рак в сочетании с АИТ Хашимото. Во втором – у пациентки 48 лет на фоне многоузлового зоба среди множества коллоидных узлов обнаружен

папиллярно-фолликулярный рак. Можно предположить, что в обоих этих случаях истинного роста узла, скорее всего, не было. В первом случае быстрый рост можно объяснить воспалительной реакцией ткани железы вокруг узла. А во втором случае вообще сложно определить, был ли рост именно ракового узла или соседних коллоидных узлов.

Выводы. Полученные данные указывают, что нет за-

висимости между ускорением темпов роста узлового образования ЩЖ и его возможной принадлежностью к онкопатологии. Поэтому этот признак лучше не использовать при дифференциальной диагностике узловых образований. Большее значение этот признак имеет при ускорении роста крупных узлов в плане возможности возникновения симптомов компрессии органов и тканей шеи. При небольших размерах узлов обращать внимание на этот признак особого смысла нет.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОРТАНИ В РОССИИ

Г.В. Петрова, О.П. Грецова, Н.В. Харченко

*Российский центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии МЗ и СР РФ
в составе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена*

В мире максимальный уровень заболеваемости раком гортани среди мужчин зарегистрирован в Бразилии (Сан-Паулу) – стандартизованный показатель – 17,8 (РФ в 2004 г. – 7,8), а у женщин в США (Коннектикут) среди чернокожего населения – 2,7 (в России в 2004 г. – 0,3). Минимальные показатели заболеваемости раком гортани и у мужчин, и у женщин регистрируются в Японии (Мияги) – 2,2 и 0,2. В 2004 г. в России было выявлено около 6827 злокачественных новообразований гортани, что составляет 1,5 % от общего числа впервые выявленных ЗНО. На конец 2004 г. под наблюдением находилось 40078 больных раком гортани, что соответствует показателю распространенности 27,9 на 100 тыс. населения. Из них 54 % находится под диспансерным наблюдением 5 лет и более. 95 % больных с впервые установленным диагнозом рака гортани составляют мужчины, возраст 55 % больных превышает 60 лет. В 2004 г. в среднем по России только 5,2 % больных раком гортани выявлены активно (в 1994 г. – 3,7 %). Но есть территории, которые имеют гораздо более значительные показатели: Республика Чувашия (27,3), Курская (17,8), Омская (16,4), Ульяновская (15,6), Ростовская (14,6), Тверская (14,5) области. При этом 30 регионов имеют нулевые показатели активного выявления. В среднем по России морфологическое подтверждение диагноза получено в 91,8 % случаев. Доля пациентов с I–II ст. опухолевого процесса составляет 33,7 %, III ст. – 48,4 %. Отдаленные метастазы были выявлены при первичной диагностике у 16,0 % больных. На самом деле запущенность значительно выше, т.к. среднероссийский по-

казатель одногодичной летальности при раке гортани составляет 32,1 %. Несоответствие запущенности и одногодичной летальности наблюдается в большинстве регионов России, что свидетельствует о весьма высокой частоте клинических ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больных. Видимо, сказывается и административное давление, которое, конечно, совершенно недопустимо. Следует подчеркнуть, что оценивать уровень заболеваемости и смертности в регионе очень важно совместно с показателями, характеризующими уровень онкологической помощи населению региона, в первую очередь с возможностями диагностики и качеством онкологического учета. Общий “грубый” показатель заболеваемости раком гортани на оба пола в 2004 г. составил 4,8 на 100 тыс. населения (в 1994 г. – 5,2), у мужчин – 9,8, у женщин – 0,5. Таким образом, мужчины заболевают раком гортани в 20 раз чаще, чем женщины. Стандартизованный показатель заболеваемости, исключая влияние возраста, у мужчин составил 7,8 и за 10-летний период снизился на 15,9 %. Стандартизованный показатель у женщин – 0,3, динамика изменения показателя сходна с мужской – падение за 10 лет на 25,2 %. Заболеваемость злокачественными опухолями гортани активно нарастает с увеличением возраста, достигая 42,5 на 100 тыс. мужского населения в группе 65–75 лет. При этом отмечается снижение показателей заболеваемости мужчин и женщин во всех возрастных группах. Средний возраст заболевших раком гортани составляет 61,2 года для мужчин и 61,5 года для женщин. Риск развития рака гортани в течение жизни (до 75 лет) для