

УДК 616.441-006.6-07

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© 2004 г. *Е.М. Непомнящая, Л.М. Бирнина, В.Р. Рубцов, С.Ж-П. Босенко, М.А. Зуева*

Thyroid tumors occurred during the last 3 years (1999–2001) are observed. Thyroid cancer is found to be in 25,8 %, benign tumors (adenomas) – 63,7 %, tumor-like process – 10,5 %. Poorly differentiated thyroid cancer is shown to be more aggressive and have poor prognosis, in spite of radiation treatment. Differentiated thyroid cancer usually is not necessary to be radiated in postoperative period.

Интерес к проблеме рака щитовидной железы не ослабевает, несмотря на то, что его доля составляет 0,5 % среди всех новообразований у мужчин и 1 % – у женщин [1]. Патологию щитовидной железы с полным правом можно рассматривать как маркер экологического неблагополучия.

Чернобыльская катастрофа изменила радиационный фон на значительной территории Российской Федерации, в Белоруссии и Украине, что привело к росту заболеваемости раком щитовидной железы в этих районах. Здесь рак щитовидной железы у женщин встречается в 3 раза чаще, чем у мужчин. Отмечено также увеличение случаев заболеваемости раком щитовидной железы у детей [2, 3].

Основными факторами, оказывающими наибольшее влияние на состояние здоровья человека, признают радиационный фон.

При сопоставлении медико-экологической ситуации с данными анализа операционного материала с 1982 по 1996 г. по 11 регионам Российской Федерации, которые были условно отнесены по загрязненности радионуклидами к 4 группам, Ростовская область отнесена ко второй группе [4].

Приоритетность морфологических методов исследования в диагностике заболеваний щитовидной железы общепризнана на всех этапах – дооперационном, интраоперационном и послеоперационном. От заключения цитолога на дооперационном этапе и патогистолога на интраоперационном и послеоперационном зависит выбор лечения и прогноз.

Квалифицированное дооперационное исследование ткани щитовидной железы под контролем УЗИ снижает количество ненужных операций на щитовидной железе, обуславливает корректность в выборе лечения и приносит несомненную экономическую пользу.

Мы, как и в [5], считаем, что при проведении прижизненного морфологического исследования щитовидной железы следует придерживаться трех основных принципов, которые включают:

1. Этапность диагностики морфологических изменений – дооперационную, интраоперационную и послеоперационную.

2. Комплексность различных методов исследования – цитологического, гистологического, иммуногистохимического, электронно-микроскопического, морфометрического.

3. Связь с клиникой, поскольку любое прижизненное исследование щитовидной железы приобретает клиническую значимость.

Раки щитовидной железы по морфологическим признакам принято делить на две группы, резко отличающиеся как по своей структуре, так и по клиническому течению. Это дифференцированный и недифференцированный рак.

Дифференцированный рак (фолликулярный и папиллярный) встречается значительно чаще, характеризуется сохранением органотипических и гистотипических свойств тиреоидной ткани и отличается сравнительно длительным развитием и относительно благоприятным течением.

Для недифференцированного рака щитовидной железы характерно быстро прогрессирующее течение и морфологические признаки выраженной злокачественности. Обычно срок жизни больных весьма кратковременен.

Выделение дифференцированных карцином и деление их на фолликулярные и папиллярные формы производится по морфологическим признакам. Однако эти опухоли при сходстве с относительно благоприятным течением имеют ряд существенных различий в клиническом проявлении, характере метастазирования и прогнозе [3]. Эти различия настолько выражены, что есть все основания рассматривать группы карцином как самостоятельные.

В основу морфологии положена тканевая дифференцировка (формирование фолликулов, трабекул, солидных образований) и цитологические критерии.

К фолликулярным ракам относят опухоли преимущественно микрофолликулярно-трабекулярно-солидного строения с признаками фолликулярно-клеточной дифференцировки, но без диагностических признаков папиллярной карциномы.

К большой группе папиллярных карцином относят злокачественные опухоли, имеющие признаки фолликулярно-клеточной дифференцировки, содержащие как папиллярные, так и фолликулярные структуры с четкими ядрами клеток.

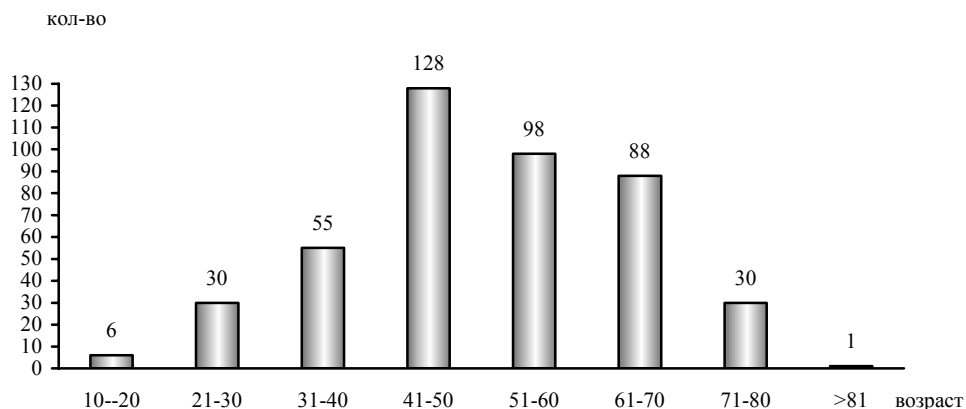
Низкодифференцированная карцинома щитовидной железы, состоящая в основном из солидных структур (чаще всего представленная в виде так называемой инсулярной карциномы) по своим биологическим свойствам из-за склонности к метастазированию в отдельные органы, выделена в самостоятельную группу.

К недифференцированным (анapластическим) ракам принадлежат злокачественные опухоли щитовидной железы, состоящие частично или полностью из недифференцированных клеток.

К медуллярным ракам щитовидной железы относят большую группу злокачественных опухолей, имеющих признаки С-клеточной дифференцировки.

Для дифференцированного фолликулярного рака характерно гематогенное метастазирование: легкие, кости. Для папиллярного рака – лимфогенное метастазирование – в регионарные лимфоузлы; гематогенные – в легкие (Возможно, что эти метастазы длительно существуют). Это – особенности метастазирования папиллярных раков щитовидной железы [3].

Ранее нами [6] был проведен анализ узловых образований щитовидной железы за 5 лет (1991–1995). Раковые опухоли составили 46,3 % (154 наблюдения). Проведенное исследование выявило чувствительность цитологического метода при раке щитовидной железы – 47,6 %, специфичность – 100 %; предсказательную ценность для положительных результатов при раке – 100 %, для негативных результатов – 9 %.



Распределение заболеваний щитовидной железы по возрастным группам (1999–2001)

Раковые опухоли щитовидной железы имели место у 113 человек (25,8 %); доброкачественные опухоли (аденомы) – 277 (63,7 %); опухолеподобные процессы щитовидной железы – 46 (10,5 %).

Окончательный клинический диагноз устанавливался после получения гистологического заключения, основанного на исследовании операционного материала ткани щитовидной железы.

Раковые опухоли щитовидной железы (из 113 наблюдений) имели следующее строение: папиллярный рак – 64 человека (57,1 %); фолликулярный рак – 29 (25 %); плоскоклеточный рак – 3 (2,6 %); низкодифференцированный – 6 (5,35 %); медуллярный – 9 (8,03 %); папиллярно-фолликулярный – 2 (1,92 %).

Все больные были подвергнуты хирургическому лечению. Объем оперативного вмешательства зависел от распространенности процесса и гистотипа опухоли в тех наблюдениях, когда производили дооперационное и интраоперационное морфологическое исследование. Лучевое лечение до операции было проведено двум больным. В послеоперационном периоде дистанционную гамма-терапию получали 55 человек с недифференцированными формами рака щитовидной железы.

Установлено, что информативность цитологического метода является недостаточной при диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований щитовидной железы.

Мы полагаем, что только клинко-морфологический подход к проблеме опухолей щитовидной железы позволит решить многие вопросы, стоящие перед онкохирургами, оперирующими на щитовидной железе. Ведущим остается послеоперационное морфологическое заключение.

За три года (1999–2001) в клинике отделения опухолей головы и шеи находились под наблюдением и были прооперированы 436 человек (мужчин – 66, женщин – 370). Распределение пациентов по возрасту приведено на рисунке.

Зависимость выживаемости больных раком щитовидной железы от гистологического типа рака представлена в таблице.

Сроки выживания больных раком щитовидной железы в зависимости от гистотипа

Вид гистотипа рака	Срок выживания			
	2 года	3 года	Умерли до 1 года	Всего больных
Папиллярный	1	61	2	64
Фолликулярный	1	27	1	29
Папиллярно-фолликулярный	–	–	2	2
Низкодифференцированный	1	–	5	6
Медуллярный	–	–	9	9
Плоскоклеточный	1	–	2	3
ИТОГО	4	88	21	113

Таким образом, анализ материала убеждает, что недифференцированные формы рака щитовидной железы протекают более агрессивно и, несмотря на проводимое лучевое лечение, имеют неблагоприятный прогноз. Дифференцированные раки щитовидной же-

лезы, как правило, не требуют послеоперационной лучевой терапии.

Литература

1. Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы М., 1995.
2. Демидчик Е.П. и др. Рак щитовидной железы у детей. М., 1996.
3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. СПб., 2001.
4. Хмельницкий О.К. и др. // Архив патологии. 2003. Т. 65. № 2. С. 12–16
5. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Руководство. СПб., 2002.
6. Непомнящая Е.М. и др. // Новые методы интенсивной терапии онкологических больных. М., 2000. С. 150–154