

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Янчур Н. М.

Кафедра факультетской хирургии

Частота рака щитовидной железы по отношению ко всем больным злокачественными новообразованиями, по данным литературы, составляет 0,5—2,2% (А. И. Гнатышак, 1962; С. А. Холдин, 1965; О. В. Николаев, 1966; Д. Ф. Скрипниченко и И. А. Утратин, 1963; Hage H., 1959; G. Socal, 1959; и др.). По секционным данным частота колеблется от 0,07 до 2,11% (И. В. Давыдовский, 1940; Д. Ф. Скрипниченко и И. А. Утратин, 1966; и др.).

Данные по различным вопросам рака щитовидной железы разноречивы несмотря на то, что лечение его представляет актуальную проблему, значительный практический и теоретический интерес.

В клинике факультетской хирургии Витебского мединститута с 1958 по 1973 гг. находились на лечении 1930 больных, страдающих различными заболеваниями щитовидной железы, оперировано по поводу зоба 1760 человек. Из них рак щитовидной железы обнаружен у 82 больных в возрасте от 40 до 80 лет. Женщин — 74, мужчин — 8. Социальное положение больных: рабочих — 17, служащих — 8, колхозников — 34, пенсионеров — 9, учащихся — 5, домохозяек — 9.

Большинство как отечественных, так и зарубежных авторов

считают, что рак щитовидной железы возникает чаще в зобно-измененной, чем в здоровой щитовидной железе.

По нашим наблюдениям рак щитовидной железы возник у 81% больных, длительно страдавших узловым зобом.

Началом процесса считается обычно ускорение темпов роста и изменение консистенции опухоли. Мы проводим обязательное гистологическое исследование каждого препарата щитовидной железы, удаленной не только по поводу подозрения на рак, но и по поводу узлового и диффузного зоба. Такая мера дает возможность обнаружить начальную форму рака, когда клинически распознать ее еще невозможно.

Среди различных форм рака щитовидной железы наиболее распространенной является папиллярная аденокарцинома. По нашим наблюдениям, $\frac{1}{3}$ всех новообразований составили опухоли папиллярного строения. Редкими формами были скирр, плоскоклеточный рак, пролиферирующая струма Лангханса (Л. И. Нихамкин).

До настоящего времени нет единой классификации злокачественных опухолей щитовидной железы, которая бы полностью отвечала требованиям клиницистов и патологоанатомов. Мы пользовались международной классификацией злокачественных опухолей по стадиям распространения заболевания.

В результате больные распределились следующим образом: рак I стадии — у 19, рак II стадии — у 31, рак III стадии — у 25 и рак IV стадии — у 7 больных.

Проблема лечения злокачественных опухолей щитовидной железы до настоящего времени не разрешена (II Всесоюзный съезд онкологов, 1973).

Можно согласиться, что «наиболее возможный путь разрешения проблемы лечения рака щитовидной железы является не радикальное лечение далеко зашедшей болезни, а раннее распознавание» (Л. В. Слун, В. Н. Франц).

Объем операции мы определяли по ряду факторов. В первую очередь учитывалась стадия распространения заболевания. В первой стадии мы производили резекцию доли и перешейка с опухолевым узлом и последующей рентгенотерапией. Во второй и третьей стадиях предпринимали тотальную тиреоидэктомию с удалением лимфоузлов и применением лучевой терапии до и после операции. В четвертой стадии проводили лучевое лечение, при необходимости производили паллиативные операции. В отношении последовательности комбинированного оперативно-лучевого и комплексно-химиотерапевтического лечения в настоящее время мы придерживаемся рекомендаций II Всесоюзного съезда онкологов.