**Рак щитовидной железы (струма Лангханса).**

Частота РЩЖ по данным различных авторов колеблется в широких пределах от 1 до 23% всех заболеваний этого органа. Чаще наблюдается женщин - 3,5:1 (9:1) в возрасте 40-60 лет. Улучшение диагностики, большое знакомство врачей с клиникой заболевания привело к значительному увеличению числа наблюдений, публикуемых за последние годы.

***Этиология и патогенез*** не выяснены. Установлено, что в 80-90% случаев рак развивается на фоне уже существующего зоба. В эндемичных по зобу местностях частота РЩЖ в 10 раз выше. Развитию заболевания способствуют хр. воспалительные процессы в железе, наличие узлового и смешанного зоба, стимуляция ТТГ гиперпластических процессов в железе, рентгеновское облучение области шеи и применение лечебной дозы 131I в детском и молодом возрасте, а также нарушение гормонального равновесия в организме (женщины - беременность, лактация, климакс).

Раки щитовидной железы бывают *первичными*, когда опухоль имеет исходным пунктом саму железу, и *вторичными* при прорастании опухоли в железу из соседнего органа.

В зависимости от морфологической структуры раки щитовидной железы делятся на дифференцированные и недифференцированные.

*К первой группе* относятся *папиллярный, альвеолярный, фолликулярный раки* и различные их сочетания. Эти опухоли имеют относительно благоприятное течение. Они встречаются у лиц сравнительно молодого возраста. Возникающие метастазы обычно развиваются в шейных регионарных лимфатических узлах.

Дифференцированные опухоли (кроме папиллярных) поддаются лечению радиоактивным йодом. Функция железы нередко бывает повышенной. Отдаленные результаты благоприятны у большинства больных.

*К недифференцированным ракам* относятся *солидные, плоскоклеточные, круглоклеточные* опухоли и др. Эти опухоли встречаются в 2 раза реже, чем дифференцированные, имеют бурное неблагоприятное течение. Рано возникают отдаленные метастазы в легком, реже - в костях и печени. Радиоактивный йод не оказывает лечебного эффекта. Даже при комбинированной терапии исходы неудовлетворительные.

Часто встречаются раки со смешанным строением, с преобладанием тех или иных клеточных элементов.

**Стадии РЩЖ подразделяются по системе TNM:**

T1N0M0- опухолевый узел расположен в одной доле щитовидной железы, не выходит за пределы капсулы, метастазов в регионарные лимфатические узлы нет.

К стадии T2N0-1M0 отнесены опухоли, занимающие всю долю железы, имеющие инфильтрирующий рост, прорастающие капсулу и как правило дающие регионарные метастазы. В T3N2M0 стадии опухоль распространяется на всю железу, прорастает капсулу и окружающие ткани, сдавливает трахею и возвратные нервы. Она неподвижна, имеются метастазы в регионарные и паратрахеальные лимфатические узлы.

В T4N1-2M1 стадии опухоль может быть небольших размеров, но давать отдаленные метастазы (легкое, кости, печень). Чаще опухоль большой величины прорастает важнейшие органы шеи: трахею, пищевод, сосудисто-нервный пучок и т.д.

**Клиническая картина** дифференцированного и недифференцированного РЩЖ имеет отличия. У больных дифференцированным раком почти постоянной, а иногда и единственной жалобой является указание на *наличие образования* на шее. У большинства пациентов отмечаются прогрессирующий рост ранее длительно существующего зоба. Иногда развиваются *признаки сдавления органов шеи*: затруднение глотания, появление одышки в связи с прижатием трахеи, приступы удушья и мучительные стреляющие боли в затылок, подбородок, плечо. Трахея может оказаться настолько сжатой, что в один из таких приступов удушья больной погибает. С прорастанием опухоли в глубокие ткани оказываются задетыми возвратный *(полная потеря голоса)* и симпатический нервы (*симптом Горнера*- западение глаза, опущение верхнего века и сужение зрачка). Также наблюдаются и общие симптомы: *слабость, похудение, снижение аппетита*. Для большинства больных этой группы характерно длительное течение заболевания. Рак у них развивается на фоне узлового зоба. При объективном обследовании удается обнаружить большей или меньшей величины одиночные или множественные *узлы* в обеих долях и тотальное изменение всей железы. Характерны спаенность опухоли с окружающими тканями, ограничение ее подвижности, плотная консистенция и бугристая поверхность. Наряду с очень плотными участками нередко можно обнаружить мягкоэластичные узлы. Наличие *регионарных метастазов*- достоверный признак рака. Нередко у этих больных определяется *анемия, ускоренная СОЭ, повышенная или нормальная функция железы.*

При *недифференцированном раке* опухоль обычно занимает всю железу, консистенция очень плотная, поверхность бугристая, подвижность железы резко ограничена. Рано обнаруживаются отдаленные метастазы в других органах. Часто у этих больных наблюдается анемия и ускоренная РОЭ. Функция железы нормальная или снижена.

**У детей** рак щитовидной железы имеет относительно благоприятное медленное течение. У них часто встречаются высокодифференцированные опухоли- папиллярный рак. При этом в опухолевый процесс широко вовлекаются регионарные шейные лимфатические узлы. Последние даже могут выступать на первый план, когда опухоль в железе и небольшая.

Отличительной чертой РЩЖ у больных в молодом возрасте является предрасположенность к метастазам по лимфатическим путям. У пациентов более зрелого возраста опухоли преобретают способность прорастать окружающие органы шеи. Прогноз при РЩЖ у детей относительно благоприятный.

У больных пожилого возраста РЩЖ встречается чаще, чем у детей. Характерна выраженность общих признаков, быстрое прогрессирование заболевания. Часто встречаются высокозлокачественные формы рака.

Диагноз РЩЖ устанавливается, главным образом, на основании анализа клинического течения заболевания, данных мануального исследования шеи, исследования гистологического строения опухоли или вторичных образований, гамматопографических данных, среди которых особое значение имеет изучение характера распределения I131 в железе, а также рентгенологического исследования гортани и начального отдела трахеи.

 **Дифференциальную диагностику** следует проводить с *хр. тиреоидитами, узловым зобом*. При раке опухоль развивается в одной из долей. Равномерного, диффузного увеличения железы, как при тиреоидите Хашимото, не бывает. Рак может прорастать окружающие ткани и давать регионарные метастазы, что не наблюдается при аутоиммунном тиреоидите. Применение преднизолона при раке, в отличие от аутоиммунного тиреоидита, не эффективно. В отличие от узлового зоба раковый узел очень плотный, бугристый, быстро растет или прорастает окружающие ткани. Кроме того, следует иметь в виду туберкулезное и сифилитическое поражение железы. Метастазы РЩЖ в лимфатические узлы следует дифференцировать от ТВС шейных лимфатических желез и лимфогранулематоза.

**Лечение РЩЖ** должно быть комплексным. Оно включает радикальную операцию как основной метод лечения, лучевую, гормональную терапию и цитостатические химиопрепараты. Объем операции должен быть индивидуальным. При РЩЖ 1-2 стадии, когда инфильтрация не распространяется за пределы капсулы и локализуется в одной доле, можно ограничиться удалением последней, перешейка и подозрительных участков другой доли.

Расширение операции с удалением мышц шеи, иссечением яремной вены (если она вовлечена в опухолевый процесс) и всех регионарных лимфатических узлов вместе с жировой подкожной клетчаткой и тиреоидэктомия показано при РЩЖ 3-4 стадии.

Лучевая терапия- ценный дополнительный метод лечения. Значительное распространение получила рентгено- и телегамматерапия 60Со. Целесобразно рентгенотерапию (в суммарной дозе 2000-3000 рад на курс) проводить после операции, особенно в случаях, когда нет уверенности в абластичности произведенного вмешательства. Лечению радиоактивным йодом обычно поддается фолликулярный рак. Абсолютным показанием к применению радиоактивного йода является наличие метастазов, способных концентрировать I131, если удалена щитовидная железа. Радиойодтерапия особенно показана при чувствительности к I131 метастазах на шее или паратрахеальном пространстве, когда не удалось произвести радикальную операцию. К относительным показаниям относятся инкурабельные опухоли, рецидивы рака и случаи отказа от операции. I131 дается также с целью профилактики рецидива опухоли после радикальных операций.

Установлено торможение роста опухоли щитовидной железы подвлиянием тиреоидина. Это объясняется угнетением секреции ТТГ, а также возможным тормозящим воздействием гормона на опухоль (до 2-3 г в сутки).

Особенно целесобразно назначение гормонов после операции и последующего проведения массивных доз рентгенотерапии. При назначении препаратов важно поддержать организм на грани развития признаков легкого тиреотоксикоза.

В комплексном лечении РЩЖ при распространении процесса и наличии отдаленных метастазов целесобразна химиотерапия, причем большее преимущество имеет регионарная инфузия - в верхнюю щитовидную артерию.

 **Литература:**

1. И.И. Неймарк. Избранные главы частной хирургии. Атлас. Барнаул: Алтайская краевая ассоциация "АНТИ- СПИД", 1992.- 368 с. Стр. 39-42.

2. А.Т. Лидский Симптоматическая диагностика хирургических заболеваний. М.: Медицина, 1973.- 228 с. Стр.38.

3. Частная хирургия (руководство для врачей) под ред. проф. А.А. Вишневского и проф. В.С. Левита. Том 1. М., 1962.- 782 с. Стр. 484-486.

4. Энциклопедия семейного врача (в двух книгах). Книга 2. К.: Здоровье, 1993.- 670 с. Стр. 115-117.

5. Роберт Хэгглин Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М.: Миклош, 1993.- 794 с. Стр. 478.

6. Большая медицинская энциклопедия. Том 27. М.: Советская энциклопедия, 1986.- 576 с. Стр. 527-529.

7. В.В. Потемкин Эндокринология.- М.: Медицина, 1987.- 432 с. стр. 168-174.

8. Л.В. Иванова, А.И. Страшинин. Лучевая терапия неоперабельного рака щитовидной железы.- М.: Медицина, 1977.- 28 с. Стр. 8-10.

9. Р.М. Пропп Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.- М.: Медицина, 1966.- 164 с. Стр. 100-124, 17-24.