

УДК 616.441-006.04+616-006(476.2)

**СОЧЕТАНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Магданов М. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов

**Учреждение образования
«Гомельский государственный университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью эндокринной системы. Наиболее значимые этиологические факторы РЩЖ: ионизирующая радиация, нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе, генетическая предрасположенность. По данным тематической литературы у больных РЩЖ довольно часто развиваются первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО). РЩЖ чаще развивается у лиц, подвергшихся воздействию радиоактивного йода в возрасте 0–14 лет. Чаще всего РЩЖ сочетается со злокачественными новообразованиями кожи, молочной железы, яичников, тела матки, предстательной железы. Представляет интерес изучение частоты и структуры ПМЗО у пациентов с РЩЖ. Эти данные позволят планировать объем обследования пациентов с РЩЖ для своевременного выявления второй опухоли.

Цель

Анализ данных о пациентах Гомельской области с ПМЗО, одной из которых является РЩЖ.

Материал и методы исследования

Исследованы случаи развития ПМЗО у пациентов Гомельской области, которым диагноз РЩЖ был установлен в 2008–2012 гг. Проанализированы следующие параметры: время развития и локализация второй опухоли, количество локализаций злокачественного новообразования (ЗНО), возраст пациентов, причина смерти пациентов, распределение РЩЖ по стадиям. Источники информации: сведения, основанные на статистических данных обязательного учета всех новых случаев ЗНО в Гомельской области. Регистрировались наблюдения второй опухоли в сроки до 5 лет после установления первого диагноза злокачественного новообразования. Статистическая обработка: критерий χ^2 для непараметрических показателей, критерий статистической значимости различия $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

На протяжении 2008–2012 гг. диагноз РЩЖ был установлен 945 жителям Гомельской области. У 63 из них (6,7 %) опухоль другой локализации была обнаружена в течение 5 лет до и после выявления РЩЖ. Число пациентов мужского пола — 8 (12,7 %), женского пола — 56 (87,3 %). Отношение мужчин и женщин с ПМЗО (1:7) отличается от такового у пациентов с РЩЖ (1:5), выявленных в том же периоде.

Средний возраст пациентов исследуемого коллектива — 67,8 лет. Распределение по возрастным группам в момент установления диагноза РЩЖ: менее 50 лет — 6 (9,5 %) пациентов; 50–59 года — 14 (22,2 %); 60–69 года — 17 (27 %); 70–79 года — 11 (17,5 %); 80 и более лет — 15 (23,8 %). Повозрастное распределение исследованного коллектива отличается от структуры заболевших РЩЖ в течение периода мониторинга в сторону пациентов пожилого и старческого возраста. Две опухоли в течение контрольного периода развились у 57 (90,5 %) пациентов, три развились у 5 (7,9 %), четыре — у 1 (1,6 %). Синхронные ПМЗО установлены у 8 (12,7 %) пациентов, метахронные ПМЗО с хронологически первым РЩЖ — 33 (52,4 %), метахронные ПМЗО с хронологически вторым или третьим РЩЖ — 22 (34,9 %).

У 41 (65,1 %) пациента в нашем материале вторая опухоль развилась синхронно с РЩЖ или более, чем через 6 мес. после установления РЩЖ. Период наибольшего относительного риска ПМЗО можно считать 1 год после установления РЩЖ — в это время зарегистрировано 14 случаев. В остальные годовые интервалы отмечали не более, чем по 7 вторых опухолей.

Распределение РЩЖ по стадиям в исследованном коллективе: I стадия — 29 (46 %), II стадия — 8 (12,7 %), III стадия — 11 (17,5 %), IV — 15 (23,8 %). Доля РЩЖ I–II стадии среди пациентов с ПМЗО составила 58,7 % (37 из 63), доля РЩЖ I–II стадии в когорте заболевших РЩЖ без ЗНО других локализаций в тот же временной интервал — 77,3 % (682 из 882). Различие по этому показателю является статистически значимым ($p = 0,001$).

Общее количество новообразований составляет 70. По полученным данным видно, что большинство ПМЗО (21 наблюдение — 30 %) представлено сочетанием РЩЖ и рака кожи. Оба заболевания характеризуются относительно благоприятным клиническим течением и имеют общий этиологический фактор — ионизирующая радиация, кроме того, рак кожи имеет высокие показатели заболеваемости в Гомельской области [3]. Из других ЗНО чаще регистрировались рак молочной железы, рак тела матки, рак почки. Общее число опухолей, одним из причинных факторов которых является нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе — 23 (36,5 %) [1]. В эту группу включены рак молочной железы, рак яичников, рак тела матки, рак простаты. Наиболее частые ЗНО у мужчин: рак кожи — 3 (30 %), рак предстательной железы — 3 (30 %); у женщин — рак кожи — 18 (28,3 %), рак молочной железы — 12 (20 %), рак тела матки — 6 (10 %), рак почки — 5 (8,3 %). У 3 (4,8 %) пациентов РЩЖ развился после лечения рака гортани и лимфомы Ходжкина [2, 4, 5].

В течение 5-летнего периода после установления диагноза РЩЖ живы или умерли от причин, не связанных с ЗНО, 51 (81 %) человек, умерли от опухоли 12 (19,1 %) пациентов. Причиной смерти были следующие новообразования: рак щитовидной железы — 3; рак молочной железы — 2; опухоли других локализаций — 7 (все — по 1 случаю).

Таким образом, пациенты с ПМЗО, включающим РЩЖ, имеют более высокий риск погибнуть от опухоли другой локализации. При этом 4 (33,3 %) новообразования, ставшие причиной смерти, развились синхронно с РЩЖ или после его излечения.

Выводы

РЩЖ сочетался с опухолями других локализаций в нашем материале у 6,7 % пациентов. Наиболее частой второй локализацией опухоли были рак кожи (30 %), рак молочной железы (19 %), рак тела матки (9,5 %). В большинстве наших наблюдений РЩЖ был первой или синхронной опухолью (65,1 %). На особенности реабилитации и послелечебное наблюдение пациентов оказывают влияние: относительно благоприятный прогноз при РЩЖ, общие этиологические факторы ПМЗО и РЩЖ, а также обусловленность большинства случаев гибели от второй после РЩЖ опухоли. Мероприятия диспансеризации должны включать устранение канцерогенных факторов и обследование, направленное на своевременную диагностику второй опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева, З. А. Клинико-морфологические особенности полинеоплазий с поражением щитовидной железы / З. А. Афанасьева, С. Ф. Бакунин, С. В. Петров // Медицинский альманах. — 2010. — № 3. — С. 66–70.
2. Вторые опухоли: частота развития, особенности биологии, прогноз / А. В. Островская [и др.] // Современная онкология. — 2002. — Т. 4, № 2. — С. 48–50.
3. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Сукоко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. — 286 с.
4. Increased risk of certain primary second malignancies in patients treated for well-differentiated thyroid cancer / T. T. Nakala [et al.] // Int J Clin Oncol. — 2016. — Vol. 21, № 2. — P. 231–239.
5. Rising Incidence of Second Cancers in Patients With Low-Risk (T1N0) Thyroid Cancer Who Receive Radioactive Iodine Therapy / N. G. Iyer [et al.] // Cancer. — 2011. — Vol. 117, № 19. — P. 4439–4446.