

Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Республики Крым
«Керченский медицинский колледж имени Г.К.Петровой»

ЛЕКЦИЯ

«Рак щитовидной железы и рак слюнных желез»

2019

План лекции

1. Рак щитовидной железы. Предрасполагающие факторы.
2. Эпидемиология. Классификация.
3. Клинические проявления рака щитовидной железы.
4. Диагностика. Роль физикальных методов обследования в ранней диагностике рака щитовидной железы. Лечение рака щитовидной железы
5. Рак слюнных желез. Клиника. Диагностика. Лечение.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Составляет около 1% всех опухолей. У женщин встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин в возрасте 50-69 лет.

Рак щитовидной железы может быть радиогенным или спорадическим.

Этиология.

Йодная недостаточность, увеличение тиреотропного гормона, облучения, наследственность. Синдром Гарднера (полипоз желудка и ободочной кишки, остеомы черепа, нижней челюсти, липоматоз или фиброматоз кожи, опухоли ЖКТ), предраковые заболевания.

Одна из наиболее злокачественных карцином человека, возникает из клеток папиллярного или фолликулярного рака. Характерна структурная атипия и высокая митотическая активность. Никогда не бывает железистой дифференцировки

Характеризуется быстрым инвазивным ростом, метастазированием в лимфатические узлы, легкие, кости, ЦНС, печень.

Никогда не бывает у детей.

Прогноз неблагоприятный (двухлетняя выживаемость 0%)

Клиника.

1. Первичные симптомы:

- обнаружение узла в щитовидной железе
- чувство давления или тяжести в области шеи (шейный дискомфорт)

2. Симптомы местно распространенного рака:

- осиплость голоса, афония;
- кашель, одышка, стридор, асфиксия;
- синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм);
- дисфагия;
- синдром верхней полой вены;
- увеличение и изменение консистенции шейных лимфатических узлов, образование конгломератов.

3. Симптомы отдаленных метастазов:

- головные боли, тошнота, рвота; нарушение зрения, сознания, мышления; парезы, параличи, парестезии
- боли в костях, патологические переломы
- слабость, утомляемость, повышение температуры тела, боли в правом подреберье

4. Паранеопластические синдромы:

- диарея - результат секреции вазоактивного кишечного пептида и простагландинов (при медулярном раке) и др.

Жалобы: первичные: деформация шеи; наличие узла в щитовидной железе; чувство давления в области шеи. Вторичные: осиплость голоса, кашель, одышка, асфиксия, стридор, дисфагия, синдром верхней полой вены, увеличение шейных лимфатических узлов (образование конгломератов), боли в костях. Общие: головные боли, тошнота, рвота; нарушение зрения, сознания, мышления; парезы, параличи, парестезии; боли в костях, патологические переломы; слабость, утомляемость, повышение температуры тела, боли в правом подреберье.

Анамнез заболевания, жизни: при расспросе больного обращают внимание на наличие в анамнезе облучения средостения в детстве (по поводу гиперплазии тимуса) или миндалин (при гиперплазии миндалин), выясняют, не было ли у родственников медулярного рака (наследственные синдромы).

Физикальное обследование.

Осмотр: увеличение щитовидной железы, наличие узла. Пальпаторно: изменения в структуре щитовидной железы: плотная, неровная, бугристые края, сращена, не смещается.

Визуализация: УЗИ (дает информацию о размерах, форме щитовидной железы и наличии узлов в паренхиме; проводят в сочетании с пункцией органа для установления морфологического диагноза). Рентгенография (обращают внимание на отклонение трахеи, ее сужение, наличие метастазов в легких). КТ шеи и средостения (позволяет определить наличие прорастания опухоли в трахею, оценить состояние шейных лимфатических узлов).

Верификация: пункционно-аспирационная тонкоигольная биопсия опухоли, пункционно-аспирационная тонкоигольная биопсия лимфатических узлов.

Уточняющая (степень распространения процесса): рентгенография грудной клетки, сканирование, КТ, МРТ, ларинго-бронхоэзофагоскопия, лабораторные тесты (тиреоглобулин, кальцитонин).

Лечение.

Выделяют хирургическое лечение, радиойодтерапию и супрессивную терапию.

Показания к хирургическому лечению: быстрый рост и плотная консистенция узла щитовидной железы; увеличение и плотная консистенция лимфатического узла (узлов); в биопсийном материале получены раковые клетки или клетки, подозрительные к опухолевым; кальцинаты в узле гетерогенной структуры.

Радиойодтерапия применяется после хирургического лечения с целью уничтожения тиреоидной ткани, предупреждения рецидивов. Используется йод-131. Вводят через 6 недель после операции. Перед этим проводят сканирование. Также используется абляция (применение высоких доз йода-131 – 100-200 мКю).

Лучевая терапия применяется при невозможности хирургического лечения, отказа пациента, опухолевом распространении, при анапластическом раке в дозе до 60 Грей.

Химиотерапия: применяется доксорубицин, блеомицин, этоплазид.

РАК СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Рак слюнных желез – редкое онкологическое заболевание, поражающее большие (околоушные, подчелюстные, подъязычные) либо малые (небные, язычные, молярные, губные, щечные) слюнные железы. Данные о распространенности среди больных разных возрастов неоднозначны. Одни исследователи утверждают, что рак слюнных желез обычно выявляется у людей старше 50 лет.

В 80% случаев поражается околоушная железа, в 1-7% - одна из малых слюнных желез, в 4% - подчелюстная железа и в 1% - подъязычная железа.

Причины возникновения рака слюнных желез точно не выяснены. Ученые предполагают, что основными факторами риска являются неблагоприятное влияние внешней среды, воспалительные заболевания слюнных желез, курение и некоторые пищевые привычки.

На ранних стадиях рак слюнных желез может протекать бессимптомно. Из-за медленного роста неоплазии, неспецифичности и неярко выраженной симптоматики больные нередко подолгу (в течение нескольких месяцев или даже лет) не обращаются к врачу. Ведущими клиническими проявлениями рака слюнных желез обычно являются боль, паралич мимических мышц и наличие опухолевидного образования в области поражения.

Диагноз выставляют с учетом анамнеза, жалоб, данных внешнего осмотра, пальпации области поражения, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Существенную роль в диагностике рака слюнных желез играют различные методы визуализации, в том числе – КТ, МРТ и ПЭТ. Перечисленные методики позволяют определить локализацию, структуру и размеры рака слюнных желез, а также оценить степень вовлеченности близлежащих анатомических структур.

Лечебную тактику определяют с учетом типа, диаметра и стадии новообразования, возраста и общего состояния пациента. Методом выбора при раке слюнных желез является комбинированная терапия, включающая в себя оперативные вмешательства и радиотерапию.

Средняя десятилетняя выживаемость для всех стадий и всех типов рака слюнных желез у женщин составляет 75%, у мужчин – 60%.

Исследователи сообщают, что до 5 лет с момента постановки диагноза удается дожить 80% пациентов с первой стадией, 70% - со второй стадией, 60% - с третьей стадией и 30% - с четвертой стадией рака слюнных желез.