**Рак щитовидной железы – диагностика, признаки у женщин и мужчин, лечение рака**



О щитовидной железе большинство людей не вспоминают до тех пор, пока данный орган внутренней секреции не дает о себе знать в результате какой-то своей дисфункции. И самым тяжелым заболеванием щитовидной железы является ее злокачественная опухоль. К счастью в большинстве случаев рак щитовидной железы – это не приговор, ведь данная болезнь обычно поддается успешному лечению при своевременном обращении к врачу.

**Предназначение и строение щитовидной железы**

Щитовидная железа (в просторечии – щитовидка) – это непарный орган внутренней секреции, расположенный на передней поверхности шеи. Железа имеет вид бабочки и разделена на правую и левую половины. Клетки железы вырабатывают три гормона (тироксин, трийодтиронин и кальцитонин), необходимых для регулирования обмена веществ в организме, усиления активности биологических процессов и роста организма. Некоторые из этих гормонов включают йод, поэтому клетки щитовидной железы активно захватывают йод, для того, чтобы синтезировать с его помощью данные гормоны. Фактически весь йод, поступающий в организм, используется щитовидной железой. Работа щитовидной железы регулируется тиреотропным гормоном, вырабатываемым гипофизом. К щитовидке примыкает другая железа ¬– паращитовидная, вырабатывающая паратиреоидный гормон.

**Кто находится в зоне риска**

В целом опухоли щитовидной железы встречаются нечасто. Они составляют примерно 0,5-3% от всех злокачественных заболеваний. Рак щитовидки – это заболевание преимущественно пожилых людей. Однако нередко встречается заболевание и в детском возрасте. Женщины болеют примерно в 3 раза чаще мужчин, но зато у мужчин заболевание имеет более тяжелое течение.

Представители европеоидной расы страдают заболеванием чаще, чем представители остальных рас.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, за последние десятилетия во всем мире заболеваемость раком щитовидной железы выросла примерно в 2 раза.

**Симптомы опухолей щитовидной железы**

На первых этапах развития болезни она обычно протекает бессимптомно. Хотя некоторые признаки можно заметить при достаточном внимании. Это, например, возникновение узловатых уплотнений на поверхности железы. Поскольку железа близко прилегает к коже, то эти уплотнения обычно легко прощупать. Может также наблюдаться уплотнение и набухание лимфатических узлов, их болезненность. Все эти признаки являются поводом для обращения к врачу.

Разумеется, далеко не всегда набухание лимфатических узлов на шее может быть свидетельством опухоли. Гораздо чаще его связывают с инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей. Однако, если прочие признаки инфекции не наблюдаются, а лимфоузлы не уменьшаются в размерах, то это должно настораживать.

Также далеко не всякое уплотнение на шее является свидетельством злокачественной опухоли щитовидки. Уплотнения и узлы на щитовидной железе гораздо чаще (в 95% случаев) носят доброкачественный характер, однако провериться у врача все-таки будет совсем не лишним. В том случае, если узел наблюдается у лица младше 20 лет, то это является серьезным поводом для беспокойства, ведь в данном возрасте доброкачественные узлы щитовидной железы встречаются относительно редко.

При разрастании опухоли она может начать сдавливать горло, в результате чего могут появиться признаки, имитирующие симптомы ОРЗ – першение и боль в горле, осиплость голоса и т.д. Могут также наблюдаться одышка, затруднения глотания. При этом все усилия по лечению мнимого простудного заболевания, естественно, будут бесплодными.

Также, если количество клеток опухоли, производящих гормоны, возрастает, то у больного наблюдаются симптомы гипертиреоза. Хотя сам по себе гипертиреоз или гипотиреоз не является определяющим признаком болезни. В большинстве случаев злокачественные опухоли щитовидной железы возникают на фоне отсутствия каких-либо предшествующих отклонений в количестве вырабатываемых гормонов.

**Разновидности рака щитовидной железы**

Существует несколько гистологических типов опухолей щитовидной железы, в зависимости от того, какой тип клеток затрагивается при заболевании. В число этих типов входят:

* папиллярный,
* фолликулярный,
* медуллярный,
* анапластический.

Также не исключены лимфомы щитовидной железы и метастатическое поражение тканей железы. Каждая разновидность имеет свои особенности, связанные с протеканием болезни и ее лечением.

**Папиллярный тип**

Папиллярные опухоли щитовидной железы встречаются наиболее часто (в 3/4 случаев). Внешне поверхность разросшиеся ткани такой опухоли напоминает сосочки, отсюда и название от латинского «папилла» (сосочек). Чаще всего данная разновидность опухоли развивается с одной стороны железы и лишь в 10-15% она распространяется на обе половины органа. Может давать метастазы в лимфоузлы, отдаленные метастазы наблюдаются редко. Кстати говоря, микроскопические доброкачественные папиллярные опухоли на щитовидной железе наблюдаются у 10% людей, но лишь в отдельных случаях они сильно разрастаются и превращаются в злокачественное новообразование. При своевременном обнаружении папиллярные опухоли успешно поддаются лечению.

**Фолликулярные опухоли**

Вторыми по распространенности являются фолликулярные опухоли (15 % от всех случаев заболевания). В данном случае ткани опухоли имеют вид небольших пузырьков – фолликулов. Фолликулярный рак, как и папиллярный, относится к числу высокодифференцированных новообразований. В 2/3 случаев опухоли фолликулярного типа распространяются в лимфатические узлы и дают метастазы. Тем не менее, метастазы фолликулярных опухолей часто успешно лечат при помощи радиоактивного йода.

**Медуллярные опухоли**

Третьим по распространенности является медуллярный рак (8%), возникающий из особых клеток, выделяющих гормон кальцитонин. Опухоль медуллярного типа может прорастать через капсулу щитовидной железы в трахею и мышцы. Для медуллярного типа рака характерно отсутствия половых различий – он одинаково часто поражает, как мужчин, так и женщин. Во многих случаях (но далеко не всегда) медуллярный рак является наследственным заболеванием. При этом виде опухолей неэффективно лечение при помощи радиоактивных изотопов йода.

**Анапластический рак и прочие типы опухолей**

Из четырех основных типов злокачественных новообразований щитовидки наименее часто встречающимися являются анапластические (5%). Степень агрессивности разновидности рака обратно пропорциональна его распространенности, то есть, наиболее благоприятный прогноз при папиллярном раке, затем идет фолликулярный и медулярный. А анапластический вид заболевания развивается очень быстро и плохо поддается лечению. Выживаемость при нем очень низка. Объясняется это тем, что в анапластических опухолях клетки потеряли все свои функции и обладают лишь способностью делиться. Как правило, данный тип заболевания характерен для людей старше 65 лет.

Также могут встречаться такие разновидности опухолей, как лимфомы и саркомы щитовидной железы, сквамозоклеточная карцинома щитовидной железы.

**Диагностика рака щитовидной железы**

Успешность лечения любой болезни, и тем более, онкологической, зависит от того, насколько быстро больной посетит врача, и тот поставит ему правильный диагноз. К какому врачу лучше всего обращаться при обнаружении подозрительных симптомов, таких, как узел на щитовидной железе? Первичную диагностику в данном случае осуществляет врач-эндокринолог или хирург. Он может назначить ряд дополнительных исследований. При подтверждении диагноза назначить адекватное лечение должен врач-онколог.

При диагностировании рака важно отделить его от воспалительных заболеваний щитовидной железы, от доброкачественных новообразований, таких, как аденома, тиреоидит Хашимото. Кстати говоря, аденома является наиболее часто встречающейся разновидностью опухолей щитовидной железы. Более 90% опухолей этого органа внутренней секреции относятся к аденомам.

Для диагностики используются такие методы, как УЗИ, сцинтиграфия, компьютерная томография и МРТ, тонкоигольная аспирационная биопсия с последующим гистологическим исследованием тканей. При данном методе в опухоль вводится игла под контролем УЗИ-аппарата. Этот метод считается наиболее точным.

УЗИ позволяет определить опухолевые образования в щитовидке диаметром от 2-3 мм. Данный метод не способен четко отделить доброкачественные образования от злокачественных. Однако при исследовании врач может выявить образования, вызывающие наибольшие подозрения. Для детализации расположения образования используется метод МРТ. Компьютерная томография и МРТ позволяют выявить удаленные метастазы в костях и легких.

Также проводятся некоторые исследования биохимических параметров, например, на уровень кальцитонина, выработка которого значительно увеличивается при медуллярном раке. Причем уровень этого гормона зависит от стадии заболевания и размера опухоли.

Нормальным значением кальцитонина являются показатели до 13 пкг/мл у женщин и до 30 пкг/мл у мужчин. Однако следует помнить, что уровень гормона может повышаться и по причинам, не связанным с опухолью – из-за приемов препаратов кальция и контрацептивов, беременности, заболеваний поджелудочной железы.

Повышение уровня особого вещества – тиреоглобулина наблюдается при папиллярных и фолликулярных типах опухолей. Наблюдение за уровнем гормона позволяет выявить рецидивы опухоли после удаления щитовидной железы. Нормальный уровень тиреоглобулина составляет 1,4-74 нг/л.

Высокий уровень паратиреоидного гормона может указывать на образование метастазов при медуллярном типе опухоли.

При некоторых разновидностях заболевания проводятся анализы на наличие онкомаркеров в крови. Например, мутация гена BRAF в геноме человека может приводить к выработке особого белка, ведущего к тяжелому протеканию папиллярного рака щитовидной железы. Высокое значение такого параметра, как эпидермальный фактор роста, может свидетельствовать о высокой вероятности рецидива после удаления опухоли. Однако исследования на онкомаркеры следует считать вспомогательным диагностическим средством по сравнению с биопсией.

**Причины заболевания**

Причины болезни могут быть различными. Однако зачастую решающую роль играет сочетание нескольких неблагоприятных факторов. Среди основных причин следует выделить:

* плохая экологическая обстановка,
* частое облучение области шеи,
* проживание в местности с радиоактивным заражением,
* наследственные факторы,
* неправильное и несбалансированное питание.

Как уже упоминалось выше, железа активно захватывает поступающий из пищи йод. Однако ее клетки не разбирают, какой именно йод они захватывают – обычный изотоп йода или радиоактивный. Как известно, подобными радиоактивными изотопами (йод-131 и йод-125) оказались обильно загрязнены местности, пострадавшие от аварии на Чернобыльской АЭС. Если человек проживает в подобном районе, то в конечном итоге эти радиоактивные частицы попадают в пищу человека и в его щитовидную железу, и могут послужить причиной возникновения опухолей. Об этом свидетельствуют и данные статистики. Наибольшее число заболевших в России (в процентном отношении) проживает в Брянской области. Как известно, этот район более всего пострадал от аварии на Чернобыльской АЭС.

Заболеванию может способствовать также неправильная диета. Если в рационе человека мало продуктов, содержащих йод, то его щитовидкой будут захватывать любые ионы йода, в том числе и радиоактивные. Существуют также регионы, где наблюдается пониженное содержание йода в воде и пищевых продуктах. Проживание в данных регионах является одним из факторов риска.

Однако «спусковым крючком» для данного заболевания может служить не только радиоактивное заражение и нехватка йода. Нередко опухоли щитовидной железы могут быть наследственным заболеванием. Особенно это относится к медуллярной форме рака. Частое облучение области шеи, например, во время рентгеновских снимков, также может внести свою лепту. В группе риска находятся и люди, в рамках своих профессиональных обязанностей имеющие дело с ионизирующим излучением, например, работники медицинских учреждений, атомных объектов. Не следует списывать со счетов и общие для большинства разновидностей рака негативные факторы – такие, как вредные привычки, стрессы, курение.

Разумеется, прочие патологии, связанные с железой, также являются факторами повышенного риска. Прежде всего, это наличие узлов на щитовидке, зоб и узловой тиреоидит. Кроме того, вполне вероятно, что неблагоприятными факторами являются и прочие заболевания органов эндокринной системы, заболевания женских половых органов и опухоли молочных желез.

**Лечение**

Лечение рака щитовидки, как и лечение любого другого онкологического заболевания – трудный и длительный процесс. И результат его, а также методика лечения зависят во многом от того, на какой стадии находится патологический процесс, а также от разновидности болезни.

Лечение включает множество методов, но основной из них – хирургический. При обнаружении большой опухоли разумнее удалить всю железу, чтобы не дать патологии распространиться на остальные ткани. При небольшом размере опухоли (папиллярный или фолликулярный тип новообразования) обычно прибегают к менее радикальному методу лечения, а именно, к удалению части железы или ее половины. Однако при этом должна быть уверенность в том, что процесс не распространится на остальные ткани. Лечение при помощи неполного удаления железы также предпочтительнее в детском возрасте, когда организм еще полностью не сформировался. Ведь гормоны щитовидки принимают активное участие в процессах роста.

Впрочем, эти гормоны необходимы и взрослым людям. Поэтому после окончания лечения пациенты, у которых была удалена щитовидка полностью, должны пожизненно принимать гормоносодержащие препараты. И даже если железа была удалена частично, то тоже, как правило, назначаются гормональные препараты – если уровень выработки гормонов оказывается недостаточным.

Однако, если диагностирован медуллярный или анапластический рак, то лечат его радикальным способом – при помощи полного удаления железы. При поражении близлежащих лимфатических узлов удалению подвергаются и они.

В ряде случаев очень эффективно лечение при помощи радиоактивных изотопов йода. При данном методе используется то самое свойство клеток железы, о котором говорилось выше – свойство активно захватывать йод. Клетки опухолей некоторых типов сохраняют это свойство. Поэтому радиоактивные атомы йода используются в качестве своеобразной наживки. Клетки опухоли их заглатывают, и в итоге погибают от этого. Лечение данным методом также эффективно и при борьбе с метастазами опухолей железы. Подобным образом лечат больных при папиллярном и фолликулярных опухолях, но, к сожалению, метод не подходит при медулярных и анапластических новообразованиях.
Среди прочих методов лечения можно отметить лучевую терапию и химиотерапию. Однако при раке щитовидки лечение данными методами не всегда могут быть эффективно. Лучевую терапию часто проводят в качестве подготовительной процедуры перед хирургической операцией.

Пациентам с папиллярным и фолликулярным типом заболевания также показано лечение при помощи гормонов. Им необходимо принимать аналог тиреотропного гормона для профилактики рецидива опухоли.

После проведения операции больным необходимо регулярно наблюдаться у врача. В течение 1 года после операции обследование проводится раз в 3 месяца, в течение 2-3 года – раз в 4 месяца, в течение 4-5 года – раз в 6 месяцев. В дальнейшем обследования проводятся ежегодно.

После проведения курса лечения важны измерения уровня тиреотропного гормона, выделяемого гипофизом. Данный гормон предназначен для стимулирования клеток щитовидки. Поэтому, для того, чтобы болезнь не давала бы рецидивов, уровень данного гормона должен быть низким.

**Прогноз**

Онкологические заболевания – это серьезная угроза для жизни человека. И опухоли щитовидной железы не являются исключением. Тем не менее, рак щитовидки, за исключением некоторых редких его разновидностей, нельзя отнести к числу наиболее агрессивных и тяжелых типов злокачественных заболеваний. Смертность от рака щитовидки в целом ниже чем смертность от других типов рака. Это можно заключить из следующих данных – доля заболевших этой разновидностью рака составляет 3% от всего числа онкологических больных, в то время как смертность от данной болезни составляет всего 1% от всех смертей от онкологических заболеваний. На прогноз влияет тип рака – высокодифференцированный (папиллярный или фолликулярный) или низкодифференцированный (медуллярный или анапластический). Шансы на выздоровление при высокодифференцированных типах рака больше, и подобных больных лечат обычно гораздо успешнее.

Также на прогноз влияет возраст пациента. У больных старше 40 лет заболевание протекает тяжелее, чем у более молодых пациентов.

Важно распознать заболевание на ранней стадии и вовремя начать лечение. При таких условиях болезнь может быть полностью излечена, и в дальнейшем не будет напоминать о себе.