



Prevalence of thyroid cancer in relation to its characteristics and treatment methods

Gulbakhor AZIMOVA¹, Dilduzakhon MAMARASULOVA², Maftuna ALIEVA³,
Mukhayyo KODIRKHANOVA⁴

Andijan State Medical Institute
Impuls Medical Institute

ARTICLE INFO

Article history:

Received October 2025

Received in revised form

15 October 2025

Accepted 15 November 2025

Available online

05 Desember 2025

Keywords:

Thyroid cancer (TC),
thyroidectomy,
metastases,
treatment,
diagnostics.

ABSTRACT

The article presents an analysis of complications arising from surgical treatment of thyroid cancer (TC), depending on the histological type of the malignant tumor, the stage of disease progression, the patients' age and sex. It also examines the most common postoperative complications and the development of metastases associated with this pathology. A total of 200 patients aged 17 to 81 years (162 women and 38 men) were treated at the Andijan Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology. The patients were classified according to cancer type (histological verification). In total, 200 surgical procedures were performed: 112 thyroidectomies, 32 subtotal resections, and 56 hemithyroidectomies. All patients underwent central neck dissection. The effectiveness of treatment correlated with the disease stage, tumor type, patient age, and the presence of metastases. Given the aggressiveness of certain forms of the disease, treatment should begin as early as possible.

2181-3663/© 2025 in Science LLC.

DOI: <https://doi.org/10.47689/2181-3663-vol4-iss5-pp57-62>

This is an open-access article under the Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ru>)

¹ Assistant, Department of Oncology, Andijan State Medical Institute.

² Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Oncology, Andijan State Medical Institute.

³ Assistant, Department of Oncology, Andijan State Medical Institute.

⁴ Assistant, Department of Pathology and Microbiology, Impuls Medical Institute.

Қалқонсимон без саратонининг тарқалиши, унинг хусусиятлари ва даволаш усуллариға боғлиқ

АННОТАЦИЯ

Калит сўзлар:
қалқонсимон без
саратони,
тироидектомия,
метастазлар,
даволаш,
ташхис.

Мақолада малиги неоплазма туриға, жараённинг тарқалиш босқичига, беморларнинг ёши ва жинсига, шунингдек, энг кенг тарқалган асоратларнинг намоён бўлишиға қараб қалқонсимон без саратонини жарроҳлик даволанишнинг асоратлари таҳлили муҳокама қилинди ва ушбу патологияда метастазларнинг ривожланиши. 200 бемор (17–81 ёш) РИОРИАТМ АФ клиникасида даволанди. Улардан 162 нафари аёллар ва 38 нафари эркеклардир. Улар саратон шакллариға кўра тақсимланган. 200 та операция амалға оширилди – 112 та тироидектомия, 32 та субтотал резекция, 56 та гемитироидектомия. Барча операциялар марказий сервикал диссекция билан бирға ўтди. Даволашнинг самарадорлиги жараённинг босқичи, ўсимта тури, беморнинг ёши ва метастатик лезён билан боғлиқ. Касалликнинг агрессивлигини ҳисобға олган ҳолда, даволанишни имкон қадар эрта бошлаш керак.

Распространенность рака щитовидной железы в зависимости от его особенностей и методов лечения

АННОТАЦИЯ

Ключевые слова:
Рак щитовидной железы
(РЩЖ),
тиреоидэктомия,
метастазы,
лечение,
диагностика.

В статье представлен анализ осложнений оперативного лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) в зависимости от гистологического типа злокачественного новообразования, стадии распространения процесса, возраста и пола пациентов, а также рассмотрены наиболее частые послеоперационные осложнения и развитие метастазов при этой патологии. В клинике Андиганского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии пролечено 200 пациентов в возрасте 17–81 года: 162 женщины и 38 мужчин. Пациенты распределены по формам рака (гистологическая верификация). Всего выполнено 200 операций: 112 тиреоидэктомий, 32 субтотальные резекции и 56 гемитиреоидэктомий. Всем пациентам выполнялась центральная шейная диссекция. Эффективность лечения коррелировала со стадией процесса, типом опухоли, возрастом пациента и наличием метастазов. Учитывая агрессивность отдельных форм заболевания, лечение следует начинать как можно раньше.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рак щитовидной железы (РЩЖ) занимает одно из ведущих мест среди эндокринных онкологических заболеваний, особенно в условиях роста выявляемости узловых образований щитовидной железы. В структуре злокачественных опухолей различных локализаций РЩЖ составляет 0,4–3% и является самой распространенной злокачественной опухолью эндокринных желез [1]. Существенное влияние на онкологическую заболеваемость оказывает радиационный фактор [8]. Особую настороженность вызывают узловые поражения ЩЖ из-за трудности разграничения злокачественных и доброкачественных новообразований. По некоторым данным, до 1/3 женщин старше 30 лет имеют те или иные очаговые изменения в ткани ЩЖ. Среди лиц с узлами ЩЖ рак выявляется в 20% случаев, а в детском и подростковом возрасте эта цифра достигает 52,1% [7]. Однако заболеваемость раком неодинакова как в разных странах, так и в различных регионах [4, 8].

В различных типах раковых опухолей щитовидной железы (ЩЖ) рецидивирующий склерозирующий зоб (РЩЖ) занимает 0,4-3% случаев, являясь наиболее часто встречающимся злокачественным заболеванием среди всех эндокринных желез [1]. Радиационные воздействия играют значительную роль в возникновении онкологических заболеваний [8], особенно в контексте узловых образований ЩЖ, где дифференцировать злокачественные и доброкачественные формы крайне сложно. Согласно исследованиям, у каждой третьей женщины старше 30 лет обнаруживают узловые изменения в ткани щитовидной железы. При наличии узлов риск развития рака составляет 20%, при этом в детском и подростковом возрасте этот показатель достигает 52,1% [7]. Важно отметить, что заболеваемость раком щитовидной железы существенно варьирует как между странами, так и внутри отдельных регионов [4, 8].

В последние годы отмечается значительное увеличение числа диагностируемых случаев, что связано как с улучшением диагностических методов, так и с увеличением факторов риска, таких как воздействие радиации, наследственная предрасположенность и изменения в экологической обстановке [5].

Современные методы диагностики, такие как ультразвуковая диагностика, молекулярные исследования, ПЭТ-КТ и генетическое тестирование, позволяют более точно выявлять и классифицировать опухоли щитовидной железы. Однако существует необходимость в разработке более эффективных диагностических подходов, которые бы обеспечивали раннее обнаружение злокачественных новообразований и снижение числа необоснованных хирургических вмешательств [4].

Кроме того, в лечении РЩЖ наблюдается значительный прогресс благодаря внедрению таргетной и иммунотерапии, а также персонализированного подхода, который основывается на молекулярно-генетическом профиле пациента. Эти методы значительно повышают эффективность лечения, особенно у пациентов с агрессивными и трудно поддающимися стандартной терапии формами заболевания [7].

Целью работы является анализ осложнений оперативного лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) в зависимости от вида злокачественного новообразования, стадии распространения процесса, возраста и пола пациентов, а также проявления наиболее частых осложнений и развитие метастазов при этой патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике РСНПМЦОиР АФ было пролечено 200 пациентов (возраст 17–81 год). Из них 162 женщины и 38 мужчин. Распределение по формам рака было следующим: папиллярный рак – 152 случая (80,5 %), фолликулярный – 19 (9,5 %), папиллярный рак, фолликулярный вариант – 20 (10 %); метастатическое поражение шейных лимфоузлов имело место у 84 (72 %) больных, метастазы в легкие – 13 (11,2 %), у 3 (2,6 %) больных – в кости. Было выполнено 200 операций – 112 тиреоидэктомий, 32 субтотальные резекции, 56 гемитиреоидэктомий. Все операции сопровождались центральной шейной диссекцией. Одновременно с операциями на щитовидной железе выполнено 16 боковых шейных лимфодиссекций, в 24 случаях отмечена инвазия близлежащих структур. **Папиллярный рак щитовидной железы** представляет собой 85 % раков щитовидной железы. Метастазы обычно распространяются по лимфатическим путям в регионарные лимфоузлы. Отдаленные метастазы поражают чаще всего легкие и кости. Прогноз выживаемости хороший даже при наличии отдаленных метастазов, пятилетняя выживаемость составляет 95–100 %. Это означает, что после лечения все пациенты остались живы на протяжении минимум 5 лет.

Фолликулярный рак щитовидной железы представляет собой 10 % раков щитовидной железы. При гистологическом исследовании одним из признаков, отличающих его от доброкачественной аденомы, является инвазия в капсулу щитовидной железы и в сосуды. Путь метастазирования гематогенный. На IV стадии пятилетняя выживаемость составляет 55 %, но в менее запущенных случаях этот показатель доходит до 100 %.

Медуллярный рак щитовидной железы. Медуллярная карцинома щитовидной железы (МРЩЖ) редкая кальцитонин-секретирующая опухоль, образующаяся из парафолликулярных С-клеток щитовидной железы. Поскольку С-клетки являются нейроэктодермальными, то МРЩЖ часто имеет клинические и гистологические особенности нейроэндокринной опухоли. Медуллярный рак щитовидной железы встречается в среднем в 5 % случаев среди всех видов РЩЖ. На IV стадии пятилетняя выживаемость ниже – 30 %, но при I и II стадиях врачи гарантируют выздоровление 98 % больных. Анапластическая (недифференцированная) карцинома щитовидной железы – одна из наиболее агрессивных форм рака. Встречается, примерно, в 1–3 % случаев среди РЩЖ, чаще у лиц пожилого возраста (старше 60 лет), с одинаковой частотой, как у мужчин, так и у женщин. Это агрессивная опухоль с быстрым, как местным, так и регионарным распространением. В противоположность высокодифференцированным ракам щитовидной железы имеет менее благоприятный прогноз.

При анапластическом раке прогноз хуже, большинство пациентов живут 6–12 месяцев после постановки диагноза. Прогноз при раке щитовидной железы намного более оптимистичный, чем при других злокачественных опухолях. Например, у людей моложе 45 лет при размере опухоли до 3 см есть полная гарантия выздоровления. У пожилых пациентов с запущенными формами рака прогноз не такой благоприятный. Но многое зависит от формы раковой опухоли и стадии рака. Лечение в зависимости от стадии процесса и учитывая агрессивность заболевания лечение необходимо начинать как можно раньше. Применяют комплексный подход в лечении анапластического РЩЖ, включающий

хирургический метод, лучевую и химиотерапию, либо их сочетание. Скрытый РЩЖ клинически может проявиться регионарными метастазами в яремной области, паратрахеальной зоне и передневерхнем отделе средостения. Первичную опухоль щитовидной железы определяют при этой форме рака только с помощью УЗИ или при микроскопическом исследовании. Хотя скрытый очаг может иметь различное гистологическое строение, у 80% больных оно представлено папиллярным раком.

Клинические признаки болезни можно разделить на 3 группы:

- симптомы, связанные с развитием опухоли в щитовидной железе;
- симптомы, возникающие в связи с прорастанием опухоли в окружающие железистую ткань;

- симптомы, обусловленные регионарным и отдаленным метастазированием.

К первой группе симптомов относят быстрый рост узла, появление плотной консистенции и бугристости, неравномерного уплотнения. При распространении опухоли за пределы щитовидной железы в окружающие ее ткани появляется изменение голоса (в результате сдавления и паралича возвратного нерва), затруднение дыхания и глотания (вследствие давления опухоли), расширение вен на передней поверхности груди (сдавление или прорастание вен средостения). Третья группа симптомов связана с регионарными и отдаленными метастазами. При лимфогенных метастазах в области шеи наиболее часто поражаются глубокая яремная цепь, паратрахеальные зоны, реже лимфатические узлы бокового треугольника шеи, передневерхний отдел средостения. Специфические осложнения возникают только после операции на щитовидной железе. Это повреждение нервов, которые отвечают за работу голосовых связок и нарушение работы паращитовидных желез. Гортанные возвратные нервы проходят очень близко к щитовидной железе. Для того чтобы их не повредить, врачи пользуются высокоточным электрическим инструментом. Но в некоторых случаях травмы избежать не удастся. Возникает осиплость или потеря голоса, покашливание. Часто это явление временное, но иногда последствия могут остаться на всю жизнь.

ВЫВОДЫ

Одним из наиболее тяжелых осложнений тиреоидэктомии является срединный стеноз гортани, связанный с повреждением возвратных нервов и обычно приводящий к необходимости наложения трахеостомы. Таким образом, учитывая данные проведенных исследований, можно сделать вывод, что эффективность лечения находится в корреляционной зависимости от стадии процесса, типа опухоли, возраста больного и метастатического поражения. Учитывая агрессивность заболевания, лечение необходимо начинать как можно раньше. Применяют комплексный подход в лечении анапластического рака щитовидной железы, включающий в себя хирургический метод, радиоiodотерапию, лучевую и химиотерапию, либо их сочетание. Поскольку эффективность лечения

напрямую зависит от стадии заболевания, решающее значение имеет его ранняя диагностика.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ:

1. Берштейн Л.М. Онкоэндокринология: традиции, современность и перспективы. СПб: Наука. 2004, 343с.
2. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Руководство. – СПб: Питер. 2005, 368с.
3. Гамаюнова В.Б., Евтушенко Т.П., Вагнер Р.И. и др. Особенности тиреоидного статуса и их клиническое значение при первичном и рецидивирующем раке щитовидной железы // Вопр.онкол. – 1998. – Т.44(3). – С.337341.
4. Гринева Е.Н. Узловые образования щитовидной железы: диагностика и врачебная тактика. Автореф. дисс. д.м.н. СанктПетербург. 2004, 41 с.
5. Лушников Е.Ф., Втюрин Б.М., Цыб А.Ф. Микрокарцинома щитовидной железы. – М.: Медицина. 2003, 261с.
6. Румянцев П.О., Ильин А.А., Румянцева У.В., Саенко В.А. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 448 с.
7. Boltze C., Brabant G., Dralle H. et al. Radiationinduced thyroid carcinogenesis as a function of time and dietary iodine supply: an in vivo model of tumorigenesis in the rat // Endocrinology. – 2002. – Vol. 143(7). – P.25842592.
8. Brandi M.L., Gagel R.F., Angeli A. et al. Guidelines for diagnosis and therapy of MEN type 1 and type 2 // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2001. – Vol. 86. – P.56585671
9. Sherman S.I., Angelos P., Ball D.W et al. Thyroid carcinoma. National Comprehensive Cancer Network // Clinical Practice Guidelines in Oncology – 2006. – Version 2.