

КОНФЕРЕНЦИИ И СЪЕЗДЫ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПРОБЛЕМНОЙ КОМИССИИ «ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ» НАУЧНОГО СОВЕТА ПО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК РАН И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ», ПОСВЯЩЕННОЙ 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТА АМН СССР, ПРОФЕССОРА Г.В. ФАЛИЛЕЕВА. Нальчик. 29 сентября 2017 г.

Materials of scientific-practical conference of the Problem Commission «Tumors of the head and neck» of the Scientific Council on malignant neoplasms of the Department of medical sciences of RAS and the Ministry of health of the Russian Federation «ACTUAL ISSUES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THYROID CANCER», DEDICATED TO THE 100TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH OF CORRESPONDING MEMBER OF AMS OF USSR, PROFESSOR G. V. FALILEEV. The city of Nalchik. September 29, 2017

Received 16 October 2019
Accepted 26 October 2019

Кондратьева Т.Т.

ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Наличие узла в щитовидной железе (ЩЖ) всегда является источником беспокойства для больного и серьёзной диагностической задачей для врача. Наиболее острым является вопрос о тактике ведения больного: оперировать или лечить консервативно? По мнению большинства хирургов и эндокринологов, наличие узлообразования в ЩЖ является абсолютным показанием к хирургическому вмешательству.

Основным аргументом подобного тезиса является утверждение о том, что дифференциальную диагностику опухолевого и неопухолевого, доброкачественного и злокачественного процесса в ЩЖ можно осуществить только при гистологическом исследовании операционного материала. Положение об оперативном удалении всех узловых образований ЩЖ в настоящее время подвергается пересмотру.

Только данные о морфологическом характере наблюдаемых изменений являются залогом адекватности выбранного лечения. Мерой профилактики лечебно-диагностических ошибок является обязательное применение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) с последующим цитологическим исследованием. Современный подход к проблеме заключается в дифференциации не только характера процесса в узле до операции (доброкачественный или злокачественный), но и в возможности определения морфологической формы опухоли и даже её вариантов по материалу пунктатов ЩЖ.

Проведённые исследования с помощью стандартизованных показателей на материале оперированных в Российском онкологическом научном центре больных показали, что точность гистотипической диагностики заболеваний ЩЖ по пунктату различна: при зобе – 65%, тиреоидите – 82%, аденоме – 58%, папиллярном раке – 89%, фолликулярном раке – 53%, медулярном раке – 86%, лимфоме – 92% и помимо прочих причин

(качество, количество материала, способы его получения, обработки, окраски) существенно зависит от вида поражения, а также во многом определяется профессионализмом врача-цитолога.

В 60–70% случаев, по данным ТАБ, диагностируются доброкачественные процессы, при которых под маской узлового зоба существуют многоузловой эутиреоидный зоб, коллоидный зоб, тиреоидит Хашимото, реже – диффузный токсический зоб. Так называемые «сомнительные» заключения при ТАБ составляют от 5–10 (по нашим данным) до 35%, по данным некоторых авторов, и, как правило, связаны с проблемой интерпретации цитологических характеристик при выраженной пролиферации тиреоидного эпителия с наличием микрофолликулярных и папиллярных структур с признаками различной степени выраженности клеточной атипии – «фолликулярная неоплазия» (Bethesda system, 2010).

Более 80% сомнительных узлов являются проявлением фолликулярной аденомы, однако такого рода образования могут быть представлены и аденоматозным зобом, хроническим тиреоидитом, фолликулярным раком с минимальной инвазией, Гюртле-клеточными опухолями и фолликулярным вариантом папиллярного рака. Морфологическая диагностика их может быть связана со значительными трудностями, что и обусловило введение в практику термина «фолликулярная опухоль» (T.Lowhagen et al. 1983).

Использование его должно было способствовать уменьшению числа оперированных больных с неопухолевой патологией. Однако приходится констатировать, что в нашей стране этот интегральный термин, так же как и категория Bethesda 4, нашёл неоправданно широкое применение, что связано в первую очередь с квалификацией практикующих врачей-цитологов.

Зарубежные исследователи также отмечают, что примерно 80% пациентам с фолликулярной неоплазией выполняется неадекватная тиреоидэктомия. Заключение о наличии «фолликулярного образования» (категория Bethesda 4) по существу не помогает клиницисту оценить морфологический характер изменений в узле с целью выбора адекватного лечения и объёма оперативного вмешательства. Диагностика малигнизации в таких случаях целиком зависит от профессионализма

цитопатолога на дооперационном этапе и нахождения патологом бесспорных признаков инвазии капсулы и сосудов на операционном материале.

Следует подчеркнуть, что использование термина «фолликулярная неоплазия» отражает существующие объективные трудности морфологической диагностики фолликулярно-клеточной пролиферации, подтверждая тот факт, что в щитовидной железе, как и в других эндокринных органах, крайне сложно провести различие между гиперпластическим и опухолевым процессом, а также между доброкачественной и злокачественной опухолью, причём первая задача значительно сложнее, чем вторая. Характеристика клеток и ядер тиреоидного эпителия (клеточные и структурные признаки) имеют решающее значение для диагноза, причём высокая клеточность и выраженная атипия отдельных клеток не всегда являются надёжными критериями при интерпретации фолликулярной пролиферации. В диагностически спорных, сложных случаях существенное значение имеют такие признаки, как наличие митозов, в том числе и атипических, распространённая ядерная атипия; дополнительную помощь в части случаев может оказать иммунологическое исследование (галектин-3, HBME-1, фибронектин, СК19, Ki-67 и др.).

Современные данные о молекулярно-генетических изменениях ThyroSeq (Nikiforova M. et al, 2013) в клетках фолликулярного эпителия свидетельствуют о возможных корреляциях с морфологическими особенностями именно клеточных характеристик тиреоидного эпителия, что возможно поможет ответить на вопросы дифференциальной диагностики фолликулярных пролифераций и опухолей неясного злокачественного потенциала.

Раджабова З.А.-Г., Левченко Е.В., Дунаевский И.В., Котов М.А., Нажмудинов Р.А., Синякина Д.А., Артемьев С.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург

Первичная заболеваемость РЩЖ, по данным Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации составляет 5,2 на 100 тыс. населения. По данным исследований, на долю высококодифференцированного РЩЖ, сопровождающегося инвазией соседних структур, приходится от 6 до 13% случаев. При этом факт инвазии достоверно снижает 10-летнюю выживаемость пациентов в среднем с 91 до 45%.

Цель исследования: определение диагностических параметров методов лучевой диагностики, используемой для предоперационного стадирования и планирования объёма оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Был проведён ретроспективный анализ медицинских данных 142 пациентов с новообразованиями ЩЖ, получивших лечение в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова в период с 2013 по 2016 г. Количество женщин, включённых в исследование, – 102. Количество мужчин составило 40. Возраст пациентов от 18 до 83 лет. Всем пациентам выполнялось УЗИ щитовидной железы, МРТ мягких тканей шеи с внутривенным контрастированием, а также верификация процесса в узловом новообразовании при помощи ТАБ и цитологической верификации и её интерпретация с использованием классификации

Bethesda. Диагностические параметры метода ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии оценивались по общепризнанным формулам (чувствительность, специфичность, диагностическая точность, прогностическая ценность положительного и отрицательного ответа). В качестве валидирующего метода использовались результаты патоморфологического исследования. Всего 51 (35,9%) пациенту из 142, включённых в исследование, выполнена расширенная операция по поводу местнораспространённого РЩЖ. Аргоноплазменная реканализация трахеи выполнена 3 (5,8%) пациентам, резекция трахеи – 20 (39,2%), ларингэктомия – 6 (11,7%), резекция мышечного слоя пищевода – 21 (41,1%) человеку. Всем остальным пациентам ($n=91,64\%$) выполнены стандартные объёмы операций.

Результаты. Диагностические параметры метода ультразвукового исследования (серо-шкальный режим, соноэластография) при оценке прорастания опухолевого узла капсулы ЩЖ составили:

- чувствительность – 56%,
- специфичность – 90,1%,
- точность – 82,07%,
- предположительная ценность положительного ответа – 63,8%,
- предположительная ценность отрицательного ответа – 86,9%.

При использовании метода УЗИ для оценки метастатического поражения лимфатических узлов шеи, диагностические параметры составили:

- чувствительность – 81,6%,
- специфичность – 57,1%,
- точность – 92,10%,
- предположительная ценность положительного ответа – 91,2%,
- предположительная ценность отрицательного ответа – 36,6%.

МРТ при диагностике инвазии опухолевого узла в капсулу имеет следующие диагностические характеристики:

- чувствительность – 38,0%,
- специфичность – 94,3%,
- точность – 78,40%,
- предположительная ценность положительного ответа – 72,3%,
- предположительная ценность отрицательного ответа – 79,7%.

При детектировании метастатического поражения лимфатических узлов шеи методом МРТ, диагностические характеристики имеют следующие характеристики:

- чувствительность – 91,0%,
- специфичность – 44,3%,
- точность – 78,60%,
- предположительная ценность положительного ответа – 74,5%,
- предположительная ценность отрицательного ответа – 73,3%.

При оценке инвазии опухоли щитовидной железы в стенку пищевода МРТ имеет следующие диагностические характеристики:

- чувствительность – 80,9%,
- специфичность – 96,6%,
- точность – 93,60%,
- предположительная ценность положительного ответа – 85,0%,
- предположительная ценность отрицательного ответа – 95,5%.

Выводы. Предоперационная диагностика узловых новообразований щитовидной железы с использова-