

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 иммуногистохимическое исследование (галектин-3, HBME-1, фибронектин, CK19, 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 высокодифференцированного 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. Аргонплазменная 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-

нием ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии позволяет с большой точностью определить степень распространения опухолевого процесса в мягкие ткани и органы шеи, что позволяет точно определить прогноз и тактику лечения в отношении каждого пациента. Так, для оценки инвазии опухоли в соседние структуры большей диагностической точностью обладает МРТ, в то время как для диагностики метастатического поражения лимфатических узлов шеи большей точностью обладает УЗИ. А также на сегодняшний день современные возможности анестезиологического сопровождения и хирургического оснащения позволяют выполнять большие реконструктивно-пластические операции с минимальными осложнениями.

Чойнзонов Е.Л., Чижевская С.Ю., Грибова О.В.

НЕЙТРОННО-ФОТОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ онкологии Томского НИМЦ, г. Томск

Актуальность. Эпидемиологические исследования последних десятилетий свидетельствуют об увеличении заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ) в мире. Заболеваемость раком щитовидной железы в России с 2005 по 2015 г. выросла на 16,53% – с 4,42 до 5,47 на 100 тыс. населения.

Быстрые нейтроны обладают высокими значениями линейной передачи энергии и относительной биологической эффективности. Это обеспечивает уменьшение зависимости повреждения опухоли от фазы клеточного цикла и степени насыщения кислородом, снижение репарации сублетальных повреждений.

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных злокачественными опухолями щитовидной железы с применением нейтронно-фотонной терапии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 45 пациентов с морфологически верифицированным РЩЖ III–IV стадии опухолевого процесса. Показания к проведению нейтронно-фотонной терапии при РЩЖ в послеоперационном периоде:

- распространение опухоли за пределы капсулы, инвазия в прилежащие ткани;
- наличие остаточной опухоли после оперативного вмешательства;
- неблагоприятные морфологические варианты – анапластический, плоскоклеточный, медулярный РЩЖ;
- низкодифференцированные формы РЩЖ.

Лучевая терапия начинается через 10–14 дней после операции. Методика проведения нейтронной терапии:

- 1 поле 8×6 см – на «ложе» щитовидной железы;
- 1 поле 6×8 – 10×10 см – на «ложе» удалённых метастатических л/узлов шеи с каждой стороны.

Режим: РОД 1,4–2,0 Гр, СОД 3,2 – 7,2 Гр (14–34 изоГр). Вклад быстрых нейтронов в курсовую СОД 30–50%. Вторым этапом проводится фотонная терапия в стандартном режиме РОД 2,0 Гр до курсовой СОД 50–55 изоГр при послеоперационном курсе лучевой терапии.

Результаты. При анализе отдалённых результатов лечения больных РЩЖ, имеющих неблагоприятные факторы прогноза течения заболевания, получены обнадеживающие результаты. Так, общая 5-летняя выживаемость больных после комбинированного лечения составила $70,2 \pm 8,9\%$, 5-летняя безрецидивная выживаемость – $52 \pm 10,6\%$. Во время проведения нейтронно-фотонной терапии наблюдались лучевые реакции

как и при стандартной лучевой терапии. В послеоперационном периоде преобладали сухие эпидермиты – I степень по RTOG. Также у 35% больных при п/о курсе нейтронно-фотонной терапии имелись явления эзофагита и ларингита I степени. Следует отметить, что ни в одном случае не было зафиксировано язв и некрозов кожи и слизистых, а возникающие осложнения купировались с помощью указанных методов и не требовали длительных перерывов в лечении. Поздние лучевые повреждения кожи и подкожной клетчатки I–II степени после нейтронно-фотонной терапии составили 37%. Лучевые повреждения подкожной клетчатки ограничивались склерозом, фиброзом, истончением подкожно-жирового слоя, телеангиоэктазиями.

Таким образом, нейтронная терапия имеет преимущество при лечении радиорезистентных опухолей по сравнению со стандартными методами, применяемыми в онкологической практике.

В то же время, ввиду особенностей распределения быстрых нейтронов в тканях, применение нейтронной терапии сопряжено с повышенным уровнем осложнений. Одним из путей решения этой проблемы является использование смешанной нейтронно-фотонной терапии. Это позволяет сохранить преимущества плотниоизирующего излучения и снизить количество осложнений. Ни в одном случае не зафиксировано развития язв и некрозов кожи и слизистых, а возникающие осложнения купировались с помощью физиотерапевтических и симптоматических методов и не требовали длительных перерывов в лечении.

Выводы. Таким образом, опыт применения нейтронной терапии у больных РЩЖ показал удовлетворительную переносимость. Умеренно выраженные лучевые реакции легко купируются и не требуют длительных перерывов в лечении. Получены обнадеживающие результаты лечения больных с неблагоприятными факторами прогноза РЩЖ (общая 5-летняя выживаемость больных после комбинированного лечения составила $70,2 \pm 8,9\%$).

Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М., Романова Е.С.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «ОКД №1» ДЗ г. Москвы

Проблема диагностики и лечения РЩЖ является сложной и противоречивой, в связи с особенностями клинического течения заболевания, трудностями точной цитологической и гистологической интерпретации опухоли, отсутствием системного подхода к диагностике, выбору метода лечения, объёму оперативного вмешательства и диспансерного наблюдения.

На основании проведённых исследований нами установлены причины диагностических и лечебных ошибок:

- Отсутствие онкологической настороженности и незнание особенностей клинического течения РЩЖ.
- Несоблюдение принципов обязательного полного обследования больного (гормональный профиль, сканирование ЩЖ J¹³⁷, пертехнатом Tc99, УЗИ с использованием современных методик, а также УЗИ с обязательным проведением тонкоигольной аспирационной биопсии – ТАБ).
- Планирование лечения осуществляется одним врачом, а не консилиумом специалистов (эндокринолог, хирург-онколог, радиолог).
- Лечение, в том числе хирургическое, осуществля-