

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-

ется врачами, не имеющими достаточного опыта в проведении подобного рода операций.

Кроме того определены тактические ошибки, к которым относятся:

- длительное наблюдение без лечения (63%),
 - гормонотерапия без верификации диагноза (37%),
 - неадекватное оперативное вмешательство (38,7%).
- Операции по поводу РЩЖ должны выполняться по следующим онкологическим принципам:
- доля, в которой локализуется раковая опухоль, должна быть удалена полностью;
 - удаление доли или ЩЖ выполняется экстрафасциально;
 - при выявлении метастазов на шее и передне-верхнем средостении выполняется операция на первичном очаге и лимфопутях.

Оперативные вмешательства, произведённые с нарушением этих принципов, подразделяются:

- **нерадикальные** – выявляется опухоль в оставшейся доле ЩЖ;
- **неадекватные** – отсутствуют признаки опухоли в оставшейся части доли ЩЖ.

По нашим данным, первая нерадикальная операция выполнялась на основании пальпации и клинического обследования у 79% больных, УЗИ проведено у 21%, пункция опухоли у 20%. Эти больные РЩЖ ранее были оперированы в различных учреждениях с нарушением принципов радикализма: энуклеация опухоли, интрафасциальная резекция, удаление одного из метастазов в лимфоузлах шеи.

Неадекватность и нерадикальность выполненной операции при РЩЖ диктовали необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств, которые сопряжены с увеличением объёма оперативного вмешательства, проведением дополнительных методов лечения и увеличением количества осложнений.

Таким образом, различные подходы к диагностике и лечению РЩЖ онкологов, хирургов, эндокринологов, лучевых специалистов нуждаются во всестороннем обсуждении этой проблемы и выработке общей тактики диагностики и лечения.

Новожилова Е.Н., Сергеев С.А., Олышанская О.В., Костаи О.В.

ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Московская городская онкологическая больница № 62 (гл. врач Д. Ю. Каннер)

Введение. В последние годы продолжается рост заболеваемости РЩЖ. За 10 лет заболеваемость возросла более чем в 2 раза. Сложность радикального лечения РЩЖ обусловлена тем, что пациентов оперируют в различных лечебных учреждениях нередко с первоначальным диагнозом «зоб» или «аденома». Нередко о диагнозе рака хирург узнает только после получения планового гистологического исследования, когда больной уже выписан из стационара. Здесь и возникает вопрос о необходимости повторной операции.

Материалы и методы. Операции, выполненные с нарушением онкологических принципов, делятся на *нерадикальные* (когда в оставшейся части железы определяется остаточная опухоль) и *неадекватные* (когда при обследовании данных остаточной опухоли нет). При нерадикальных операциях сомнений в необходимости повторного вмешательства не возникает.

Особые трудности для онколога возникают после неадекватных операций, когда клинические признаки остаточной опухоли отсутствуют.

Нами проанализированы сведения 335 больных РЩЖ, у 62,3% из них при повторной операции остаточная опухоль не была обнаружена. Поэтому мы рассмотрели детально группу из 140 пациентов, которым повторные вмешательства после неадекватной операции не выполнялись, и они были оставлены под динамическим наблюдением.

Результаты. При анализе информации о 140 больных установлено, что у 89,3% (125) были I–II ст. заболевания и высокодифференцированные формы опухоли. Наиболее прогностически неблагоприятным фактором являлась инвазия капсулы железы, при которой рецидив возникал в 100% случаев. После резекции доли рецидив выявлен у 37,8%. Надёжным инструментом для определения показаний к повторной операции является УЗИ с пункцией. Разрешающая способность этого метода достигает 86,5%. Время повторной операции варьировало от 6 мес. до 8 лет. Остаточная раковая опухоль при повторных операциях была выявлена у 61,4% (86), у 11,2% из них выявлены паратрахеальные метастазы. При этом у 38,6% – данных о наличии опухоли не обнаружено (хотя при УЗИ выявлены включения различной эхогенности).

В настоящее время всё большее распространение приобретают молекулярно-генетические исследования, которые позволяют изначально выявить формы новообразований с высоким злокачественным потенциалом (например, BRAF – мутированные формы).

Выводы. Необходимо оптимизировать показания к повторным операциям при РЩЖ без ущерба радикализму лечения. Несомненно существует часть больных, которых возможно оставить под строгим динамическим наблюдением после неадекватных вмешательств. Наиболее значимыми критериями, позволяющими прогнозировать развитие рецидива являются: инвазия капсулы железы, понижение дифференцировки опухоли, локализация узла в нижнем сегменте доли, наличие паратрахеальных метастазов. УЗИ с прицельной диагностической пункцией, выполненное в онкологическом учреждении, имеет высокую разрешающую способность и является надёжным инструментом при планировании объёма операции. Молекулярно-генетические исследования, несомненно, получают всё более широкое распространение как при первичной диагностике опухолей, так и при прогнозировании течения заболевания и в определении показаний к повторным операциям.

Письменный В.И., Письменный И.В.

РАСПРОСТРАНЁННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ТАКТИКА, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Самарский государственный медицинский университет; Дорожная клиническая больница, г. Самара

Введение. Доля РЩЖ составляет 0,5% среди всех новообразований у мужчин и 1% – у женщин. В то же время РЩЖ – это самая распространённая опухоль органов эндокринной системы человека. Экстратиреоидная инвазия при высокодифференцированных формах РЩЖ встречается в 4–24% наблюдений. Сложность задач, которые необходимо решать при хирургическом лечении распространённого РЩЖ с выходом опухоли