

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНДУЦИРОВАННОГО ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность. Индуцированный рак щитовидной железы (ИРЩЖ) – рак, развивающийся спустя годы после химиолучевой терапии по поводу злокачественного заболевания. Облучение шеи, а также использование определенных химиопрепаратов (алкилирующие агенты, препараты платины в высоких дозах) увеличивают риск развития РЩЖ.

Цель исследования. Определить особенности клинического течения, диагностики и лечения индуцированного высокодифференцированного рака щитовидной железы (ВДРЩЖ).

Результаты. Среди пациенток с МБ период от начала лечения опухоли мозга до развития РЩЖ составил 7-12 лет, среди пациентов с ЛХ – 19-21 год у мальчика с ОЛЛ – 6 лет. У девушек с МБ выявлена 1 фолликулярная карцинома размером до 12 мм (через 12 лет) и 3 папиллярные микрокарциномы (до 5 мм). У пациентов с ЛХ – папиллярные микрокарциномы до 7 мм. Лишь у пациента с ОЛЛ, получившего толь- ко ПХТ без ЛТ, папиллярная карцинома достигала 14 мм. В одном из случаев было обнаружено сочетание фолликулярного и папиллярного рака. Узлы у всех пациентов имели по меньшей мере один ультразвуковой (УЗ) признак злокачественности. В одном случае узел в ЩЖ был настолько маленьким, что при ультразвуковом исследовании (УЗИ) не определялся. РЩЖ в этом случае был заподозрен по результатам тонкоигльной аспирационной биопсии изменённого по данным УЗИ лимфоузла шеи справа (уровень IV). У двух пациенток с МБ, у одного пациента с ЛХ и у пациента с ОЛЛ выявлены изменения лимфоузлов шеи, однако метастазы в шейных лимфоузлах были найдены только у 1 из девушек с МБ, у пациентки с ЛХ и у мальчика с ОЛЛ. У 1 девушки с ЛХ узел в ЩЖ был впервые обнаружен ещё до диагностики ЛХ. Однако, после начала ПХТ узел, имевший подозрительные УЗ признаки и сочетавшийся с шейной лимфаденопатией, увеличился (с 17 мм до 26 мм по максимальному размеру). Гистологическое заключение подтвердило папиллярную карциному с метастазами в шейные лимфоузлы. В 2-х случаях проведение позитронно-эмиссионной томографии с ¹⁸F-фтордезоксиглюкозой (¹⁸F-ФДГ), совмещённой с компьютерной томографией, помогло в дифференцировке карциномы и доброкачественного образования – очаг повышенного накопления ¹⁸F-ФДГ был отмечен в узле, впоследствии оказавшемся папиллярной микрокарциномой, хотя наибольшее подозрение на УЗИ вызывал другой узел. У одного из пациентов с ЛХ папиллярная микрокарцинома была удалена только спустя 9 месяцев. Повторное УЗИ перед операцией продемонстрировало прежние размеры узла, что можно трактовать как невысокую агрессивность индуцированных микрокарцином, что соответствует данным других исследователей. При лечении ИРЩЖ использовались те же подходы, что и при лечении РЩЖ в общей популяции: 3-м пациентам с метастазами в регионарные лимфоузлы провели тотальную тиреоидэктомию (ТТ) с центральной лимфаденэктомией и радиоiodтерапией, 2-м пациентам с многоузловым зобом с поражением обеих долей ЩЖ без метастазов в шейные лимфоузлы была проведена лишь ТТ и ещё 2-м пациентам с папиллярной микрокарциномой с одноузловым зобом или расположением нескольких узлов в одной доле была проведена гемитиреоидэктомия. После проведённого лечения рецидивов отмечено не было.

Выводы. На основании наших данных, диагностика и лечение ИРЩЖ не отличается от таковых при ВДРЩЖ в общей популяции, что подтверждается также и некоторыми другими исследованиями. Однако, в настоящее время имеющихся данных всё же недостаточно и требуется проведение дальнейших, в том числе сравнительных исследований на больших группах пациентов.

Методы исследования. 3 пациентки после оперативного лечения медуллобластомы (МБ) с последующей лучевой терапией (ЛТ) в объёме краниоспинального облучения (суммарная очаговая доза (СОД) 35- 40 Гр) с бустом на заднюю черепную ямку (+ при выявлении метастазов — буст на метастаз) (до СОД 45- 55 Гр) в сочетании с полихимиотерапией (ПХТ) (винкристин, ломустин, цисплатин), получившие лечение в возрасте 6-15 лет. 3 пациента с лимфомой Ходжкина (ЛХ) в возрасте 17-21 года после ЛТ на область шеи в СОД >20 Гр и ПХТ (блеомицин, этопозид, доксорубицин, циклофосфамид, винкристин, прокарбазин, преднизолон). 1 пациент с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) после ПХТ (преднизолон, винкристин, даунорубицин, L-аспарагиназа, метотрексат, циклофосфамид, цитарабин, 6-меркаптопурин, дексаметазон, доксорубицин) в возрасте 4 лет.