

14. Шевцов В. И., Макушин В. Д., Тепленький М. П. и др. Рентгеноанатомическая диагностика дисплазии вертлужной впадины у детей // Гений ортопедии. – 2006. – № 1. – С. 115-119.

15. Boniatis I. Costaridou L., Cavouras D. A computer-based image analysis method for assessing the severity of hip joint osteoarthritis // Nuclear instruments and methods in physics research. section a: accelerators, spectrometers,

detectors and associated equipment. – 2006. – Т. 569. № 2. – P. 610-613.

Сведения об авторах

Жаров Игорь Владимирович – аспирант каф. рентгенологии КрасГМУ; e-mail: zharova.anechka@yandex.ru.

Гуничева Наталья Васильевна – г. м. н, проф. зав. каф. рентгенологии КрасГМУ; e-mail: gunicheva@orionnet.ru.

Моторин Олег Михайлович – к. м. н., врач МБУЗ ГДБ №2 г. Красноярск; e-mail: motoraya@mail.ru.

Случаи из практики



© ГАВРИЛЮК Д. В., ДЫХНО Ю. А., ХЛЕБНИКОВА Ф. Б.

УДК 616.441-006.65-07

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО (АНАПЛАСТИЧЕСКОГО) РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д. В. Гаврилюк, Ю. А. Дыхно, Ф. Б. Хлебникова

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор – д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, зав. – д. м. н., проф. Ю. А. Дыхно.

Резюме. Представлен клинический случай трудной дифференциальной диагностики недифференцированного (анапластического) рака щитовидной железы. Показана важность иммуногистохимического метода для морфологической верификации злокачественной опухоли и определения ее органоспецифичности.

Ключевые слова: щитовидная железа, недифференцированный (анапластический) рак, дифференциальный диагноз, иммуногистохимический метод.

Недифференцированный (анапластический) рак щитовидной железы (НРЩЖ) состоит из клеток карциносаркомы и эпидермоидного рака и встречается в 3,5-4% случаев всех злокачественных опухолей щитовидной железы. На основании морфологических исследований выделяют следующие варианты гистологического строения НРЩЖ: веретенноклеточный, или саркомоподобный (34,4%), полиморфноклеточный или гигантоклеточный (15,6%), крупноклеточный или псевдогистиоцитарный (40,6%) и сквамозный (9,4%). Значительно реже встречаются саркома, лимфома, фибросаркома, эпидермоидный рак, метастатический рак, на долю которых приходится 1-2% от всех злокачественных новообразований щитовидной железы.

Аспирационная пункционная биопсия обнаруживает клетки НРЩЖ только в 80% случаев. Большинство авторов подчеркивают трудности в дифференциальной диагностике анапластической карциномы с другими формами рака ЩЖ по данным пункционной биопсии. Нередко диагноз НРЩЖ практически невозможно установить до операции, а верификация процесса становится реальной только при плановом гистологическом исследовании. Внедрение в клиническую практику электронной микроскопии и иммуногистохимических (ИГХ) методов исследования с моноклональными антителами позволяют проводить дифференциальный диагноз новообразований ЩЖ на основании выявления ультраструктурных и иммуногистохимических

маркеров. Дифференциальный диагноз анапластической карциномы щитовидной железы, прежде всего, проводят с лимфомами высокой степени злокачественности, медулярным и метастатическим раком, а также с другими опухолями, которые по морфологической структуре сходны с клеточным типом недифференцированного рака [2,4,6,9].

Проведение ИГХ-исследования имеет ключевое значение в дифференциальной диагностике эпителиальных и мезенхимальных злокачественных опухолей других локализаций головы и шеи, особенно при недифференцированных гистологических вариантах. Н. В. Васильев с соавт. (2011) представили случай первично-злокачественной гигантоклеточной опухоли гортани с остеосаркоматозным компонентом диагностированный по совокупности результатов гистологического и иммуногистохимического исследований с учетом анамнестических и клинических данных [1].

Недифференцированный рак щитовидной железы развивается, как правило, у лиц пожилого возраста и характеризуется внезапным быстрым увеличением размеров шеи в области щитовидной железы с прорастанием мягких тканей, трахеи, пищевода, яремной вены, ростом в средостение, сдавлением сосудисто-нервного пучка, часто манифестируется выраженными клиническими признаками компрессионного синдрома. Быстрый местный рост опухоли с инвазией в окружающие ткани и органы, раннее и широкое метастазирование являются основными

клиническими отличиями НРЦЖ от дифференцированных форм рака ЩЖ. К моменту диагностики НРЦЖ, независимо от размеров первичной опухоли, злокачественный процесс генерализован [3,7,11].

Радикальным методом лечения НРЦЖ является экстракапсулярная тиреоидэктомия, а при наличии региональных метастазов – шейная лимфодиссекция. С 3-4-й недели послеоперационного периода больным НРЦЖ проводят дистанционную лучевую терапию (разовая поглощенная доза 2 Гр, суммарная – 36-40 Гр). По окончании облучения показано применение полихимиотерапии с использованием циклофосамида, доксирубицина, винкристина, блеомицина (схемы: САV, ВАV, АВ). Несмотря на проводимое комплексное лечение больные НРЦЖ, как правило, не переживают даже 6-12 месяцев [8,10].

Приводим клиническое наблюдение сложной дифференциальной диагностики НРЦЖ.

Больная Ш., 72 лет поступила 16.10.2011 г. в отделение опухолей головы и шеи Красноярского краевого клинического онкологического диспансера (КККОД). Жалуется на наличие опухоли на шее и осиплость голоса.

Anamnesis morbi: в течение двух месяцев отмечает наличие опухоли и чувство сдавления шеи. Осиплость голоса появилась две недели назад, обратилась в Новоселовскую ЦРБ. Выполнена флюорография: сердце и легкие – без особенностей, хронический бронхит. 06.10.2011 г. пациентка направлена в КККОД.

Status localis: шея в нижней трети справа ассиметрична за счет опухолевидного образования. Пальпаторно: в проекции правой доли щитовидной железы плотная опухоль 4,0*6,0 см, малоподвижная, безболезненная, смещается при глотании. Левая доля щитовидной железы, а также регионарные лимфатические узлы по ходу сосудистого пучка и бокового треугольника шеи справа и слева не увеличены. При непрямой ларингоскопии выявлен парез правой голосовой связки.

Проведено УЗИ шеи: правая доля и перешеек щитовидной железы представлены опухолевой тканью $V=64 \text{ мл}^3$, в правой яремной вене не исключается тромб 3,9*1,5 см, лимфатические узлы не визуализируются. 11.10.2011 г. произведена аспирационная биопсия опухоли (№ 6522): цитограмма злокачественной эпителиальной опухоли, наиболее вероятно папиллярный рак. 12.10.2011 г. сцинтиграфия: «холодный» узел в проекции правой доли щитовидной железы.

Рабочий диагноз: подозрение на рак щитовидной железы. Сопутствующее заболевание: гипертоническая болезнь III ст., риск IV.

21.10.2011 г. операция: комбинированная тиреоидэктомия, трахеостомия по Бьерку. Доступ над яремной вырезкой по Микуличу. Проведена ревизия: трахея резко смещена влево за счет опухолевого конгломерата 10,0*12,0 см плотной консистенции, неподвижного, спаянного с окружающими тканями и сосудистым пучком, без четких границ. Опухоль с инвазией в передние мышцы шеи, распространяется на гортань, трахею и пищевод на протяжении 8,0 см по правой заднебоковой поверхности. В паратрахеальной клетчатке с

обеих сторон множественные плотные лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. Срочное гистологическое исследование (№ 1858): солидная недифференцированная злокачественная опухоль. Окончательный ответ после плановой проводки. Произведена тиреоидэктомия с передними мышцами шеи и собственными мышцами гортани, заднебоковая плоскостная резекция 6 колец трахеи с мембранозной частью, резекция перстневидного и щитовидного хрящей, мышечного слоя шейного отдела пищевода без нарушения целостности его слизистой. Дефекты трахеи, гортани и пищевода ушиты. Выполнена центральная паратрахеальная лимфодиссекция с обеих сторон, сформирована трахеостома. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 8-е сутки, заживление раны первичным натяжением.

Обзорная рентгенография легких (27.10.2011 г.): в обоих легочных полях единичные округлые четкоочерченные тени диаметром 0,5-1,0 см, корни не расширены.

Макропрепарат: опухолевая ткань 6,0*6,0*2,0 см коричнево-белесоватого цвета на разрезе с образованиями диаметром 0,4 см белесоватого цвета и 1,0 см желтого цвета.

Микроскопическая картина: большое количество гигантских многоядерных клеток типа остеокластов и слабо выраженная фиброзная строма. Среди фиброзного компонента имеются небольшие участки, представленные вытянутыми клетками, средних размеров, с центрально расположенным ядром и умеренно выраженной эозинофильной цитоплазмой. Среди опухолевой ткани определяются немногочисленные участки с группой мелких фолликулов, тесно прилежащих друг к другу, местами видны единичные фолликулы, окруженные соединительной тканью, а также дискретно распределенные лимфоидные элементы и единичные очаги некроза.

Плановое гистологическое заключение по биоптату опухоли (№ 52209-18): фиброз с очагами злокачественной недифференцированной опухоли.

Плановое гистологическое исследование по удаленной опухоли (№ 52383-91): злокачественная гигантоклеточная опухоль.

По классификации ВОЗ по патологии и генетике опухолей мягких тканей под ред. D.M. Fletcher, K.K. Unni и F. Mertens (2002) описание опухоли соответствовало злокачественной гигантоклеточной «MFN»/недифференцированной плеоморфной саркоме с гигантскими клетками [ICD-O Code: 8830/3] [5].

Послеоперационный диагноз с учетом планового гистологического ответа: саркома щитовидной железы IV стадии (T2bN1M1).

Проведено ИГХ-исследование удаленной опухоли (№ 246): гигантские многоядерные клетки типа остеокластов экспрессируют цитоплазматически Vimentin, CD 68, S-100. Не экспрессируют CD 1a, CD 15, CD 20, CD 23, CD 45OLA, SMA, Myoglobin, Myeloperoxidase, PCK, Desmin. Опухолевыми клетками экспрессирован цитоплазматически Vimentin, пролиферативная активность опухолевых клеток по ядерному белку Ki-67 – 40%. Фолликулярные структуры щитовидной железы экспрессируют цитоплазматически

РСК, ЕМА, Tyroglobulin, ядерно ТТФ-1. Дискретно распределенные не опухолевые лимфоидные элементы экспрессируют CD 45OLA, CD 20. CD 34 экспрессирован в эндотелии сосудов. SMA экспрессирован в составе мышечной стенки сосудов. Заключение (18.11.2011 г.): иммунофенотип опухолевых клеток с учетом гистологической картины соответствует недифференцированной (анапластической) карциноме щитовидной железы с умеренной пролиферативной активностью [ICD-O Code: 8020/3].

Заключительный диагноз: недифференцированный рак щитовидной железы IVC стадии (T4aN1aM1).

Больная осмотрена на врачебной комиссии (22.11.2011 г.): от предложенной лучевой терапии пациентка отказалась. Рекомендована посиндромная терапия по месту жительства. Дальнейших сведений о больной нет.

Таким образом, только иммуногистохимическое исследование позволило установить правильный диагноз.

DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS OF UNDIFFERENTIATED (ANAPLASTIC) THYROID CARCINOMA

D. V. Gavrilyuk, Yu. A. Dykhno, F. B. Khlebnikova
Krasnoyarsk State Medical University named
after prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. It is presented a clinical case of a difficult differential diagnosis of undifferentiated (anaplastic) thyroid carcinoma. It is shown the importance of immunohistochemistry for morphological verification of a malignant tumor and determination of its organspecificity.

Key words: thyroid, undifferentiated (anaplastic) carcinoma, differential diagnosis, immunohistochemical method.

Литература

1. Васильев Н. В., Чойнзонов Е. Л., Мухамедов М. Р. и др. Первично-злокачественная гигантоклеточная опухоль горлани с остеосаркоматозным компонентом // Онкохирургия. — 2011. — Т. 3, № 3. — С. 65-69.
2. Демидчик Ю. Е., Фридман М. В., Писаренко А. М.

Анапластический рак щитовидной железы: диагностика, лечение и прогноз // Вопр. онкологии. — 2007. — Т. 53, № 1. — С. 37-45.

3. Пинский С. Б., Дворниченко В. В., Репета О. Р. Анапластический (недифференцированный) рак щитовидной железы // Сибирский медиц. журн. — 2008. — № 8. — С. 14-18.

4. Ребров В. В., Гольбрайх В. А., Косивцов О. А. и др. Результаты лечения рака щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Саранск, 2007. — С. 193-195.

5. Франк Г. А. Проблемы морфологической классификации и диагностики опухолей мягких тканей // Практическая онкология. — 2004. — Т. 5, № 4. — С. 231-236.

6. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: руководство. — СПб.: СОТИС, 2002. — 288 с.

7. TNM классификация рака щитовидной железы (American Joint Committee on Cancer, 6 издание) // Минимальные клинические рекомендации Европейского Общества Медицинской Онкологии (ESMO) / Редакторы русского перевода: проф. С. А. Тюлядин, к.м.н. Д. А. Носов; проф. Н. И. Переводчикова. — М.: Издательская группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2010. — 436 с.

8. Ordonez N., Balch Z., Matias Guiu X. et al. Undifferentiated (anaplastic) carcinoma / Pathology and Genetics of Tumours of Endocrine Organs. — Lion: IARC Press, 2004. — P.77-80.

9. <http://www.help-patient.ru/oncology/types/thyroid/>

10. http://www.oncology.ru/specialist/treatment/references/thyroid_gland.pdf

11. <http://www.oncology.ru/specialist/treatment/tnm/002f.pdf>

Сведения об авторах

Гаврилюк Дмитрий Владимирович — к. м. н., доц. каф. онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: gavrilukdv@mail.ru.

Дыхно Юрий Александрович — г. м. н., проф. зав. каф. онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: dykhnoo-yury@mail.ru.

Хлебникова Фаина Борисовна — ассистент каф. онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: gavrilukdv@mail.ru.

© ПОПОВ А. Е., СЛЕД Н. Ю., КУРЬЯНОВИЧ И. Т., ЧЕРНЫХ А. И.

УДК 616. 343-006-072.1-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛИ ТОЩЕЙ КИШКИ, ВЫЯВЛЕННОЙ С ПОМОЩЬЮ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ

А. Е. Попов¹, Н. Ю. След², И. Т. Курьянович^{2,3}, А. И. Черных²

¹ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А. М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, зав. — д. м. н., проф. Д. В. Черданцев;

²Городская клиническая больница № 20 им. И. С. Берзона, гл. врач — к. м. н. В. А. Фокин;

³АНО «Центр амбулаторной гастроэнтерологии», Красноярск, директор — к. м. н. А. Е. Бармаков.

Резюме. Представлен случай диагностики опухоли тощей кишки с помощью капсульной эндоскопии и ее хирургическое лечение.

Ключевые слова: опухоль тощей кишки, капсульная эндоскопия.