

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](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. Попов<sup>1</sup>, Н. Ю. След<sup>2</sup>, И. Т. Курьянович<sup>2,3</sup>, А. И. Черных<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ 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;

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

<sup>3</sup>АНО «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.