

ной с фолликулярным РЩЖ и 15(5,7 %) – с медуллярным РЩЖ. Современная стратегия диагностики РЩЖ заключается в комплексном предоперационном обследовании (УЗИ с 3- или 4-мерной реконструкцией изображений + ТПАБ с последующим цитологическим исследованием; сканирование с последовательным применением  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетата и  $^{99m}\text{Tc}$ -технетрила; рентгено- или КТ органов грудной клетки; ларингоскопия. Всем детям с установленным МРЩЖ, а также членам их семей проводят медико-генетическую консультацию).

Основные терапевтические подходы основываются на лечении в специализированных онкологических учреждениях, зависят от объема хирургического вмешательства, определяемого морфологическим строением опухоли и распространенностью опухолевого процесса: при ПРЩЖ – тиреоидэктомия (ТЭ), кроме стадии  $\text{T}_1\text{N}_0\text{M}_0$ , с одновременным радикаль-

ным вмешательством на лимфатическом коллекторе шеи, при ФРЩЖ допустима органосохраняющая операция при опухоли ограниченной тканью ЩЖ, во всех других случаях – ТЭ, при МРЩЖ – ТЭ с профилактической лимфодиссекцией регионарных л/у шеи. При выявлении мутации в гене-*RET* – профилактические операции на ЩЖ в объеме ТЭ. При дифференцированных РЩЖ сразу после оперативного лечения в объеме ТЭ проводится радиойодтерапия и супрессивная гормональная терапия, при МРЩЖ – заместительная гормональная и лучевая терапия (при выходе опухоли за пределы ЩЖ), пожизненное наблюдение онкологом и эндокринологом с мониторингом уровня ТГ для дифференцированного РЩЖ и кальцитонина для МРЩЖ.

Богатый опыт диагностики и лечения детей, больных раком щитовидной железы, в НИИ ДОГ позволяет считать, что комплексная диагностика и адекватно избранный объем первого хирургического вмеша-

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ НИИ ДОГ ГУ РОНЦ ИМ. Н.Н. БЛОХИНА РАМН)

Р.В. Шишков, В.Г. Поляков

НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Кафедра детской онкологии РМАПО, г. Москва

тельства могут увеличить безрецидивную выживаемость и улучшить качество жизни пациентов.

За период с 1975 по 2004 г. в НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН был пролечен 31 больной с ФРЩЖ (по данным пересмотра гистологических препаратов в 2001–2003 гг.). Значительные изменения за этот временной период произошли в наших подходах к хирургическому лечению рака щитовидной железы (РЩЖ) у детей и подростков (от органосохраняющих операций при всех морфологических формах РЩЖ до более агрессивного подхода при папиллярном и особенно при медуллярном раке). Мы считаем, что принципиальное решение об объеме операции на щитовидной железе (ЩЖ) должно в первую очередь приниматься на основании морфологического строения опухоли, а также распространенности опухолевого процесса. Из 31 больных, по нашим наблюдениям, 21 – составили девочки и 10 – мальчики, половое соотношение 2:1 с преобладанием девочек. На момент установления диагноза и проведения хирургического лечения все дети были в возрасте от 5 до 15 лет, следует

отметить преобладание мальчиков в младших возрастных группах. При ретроспективном анализе нами было установлено, что только у одной больной при ФРЩЖ были выявлены метастазы в лимфатические узлы (л/у) шеи и легкие, а все ранее установленные случаи ФРЩЖ с метастазами в л/у шеи и легкие при пересмотре гистологических препаратов были отнесены к фолликулярному варианту папиллярного рака. Все больные ФРЩЖ были оперированы в объеме удаления доли вместе с перешейком ЩЖ или субтотальной резекции ЩЖ. Из всех случаев ФРЩЖ инвазивный вариант был выявлен у 8 (25,8 %), а неинвазивный – у 23 (74,2 %), при этом у 2 больных ФРЩЖ был с инсुлярным компонентом. В процессе динамического наблюдения ни у одного ребенка с ФРЩЖ не был диагностирован рецидив заболевания.

**Результаты.** ФРЩЖ у детей обладает наименее агрессивным характером роста и поведения.

**Выводы.** Полученные результаты по лечению ФРЩЖ требуют дальнейшего исследования, но уже сейчас можно сказать о более “доброкачественном” характере роста данной опухоли ЩЖ в детском и подростковом возрасте

и хороших результатах хирургического лечения ФРЦЖ при проведении органосохраняющих операций на ЩЖ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЙОДАБЛАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Ю. Шуринов, Б.Я. Дроздовский

ГВ МРНЦ РАМН, г. Обнинск

**Материал и методы.** Проанализированы данные 169 больных раком щитовидной железы, поступивших на радиойодтерапию. Из них 31 мужчина и 138 женщин. Объем оперативных вмешательств заключался в экстрафасциальной тиреоидэктомии, тиреоидэктомии с ФФИ клетчатки шеи с одной или двух сторон. Больные поступали в условиях “гормонального голода” – трехнедельной отмены супрессивной терапии тироксином. После введения лечебной активности  $^{131}\text{J}$  (70 мКи) через 72–96 ч проводилась сцинтиграфия всего тела для определения процентного накопления изотопа в проекции шеи и его фиксации в метастатических очагах.

**Результаты.** Выделены 3 группы: I – составили 43 пациента с местно-распространенными формами рака ( $\text{T}_{1-4}\text{N}_0\text{M}_0$ ). В 15 наблюдениях после проведения ра-

диойодтерапии сцинтиграфическое накопление радиофармпрепарата (РФП) в проекции шеи составляло 23–45 % от счёта всего тела (СВТ). Во II группу вошли 95 больных с регионарными метастатическими очагами ( $\text{T}_{1-4}\text{N}_1\text{M}_0$ ), у 17 из которых после введения  $^{131}\text{J}$  отмечалось накопление изотопа, равное 21–41 % от СВТ. В III группе – 31 человек с распространенностью процесса  $\text{T}_{1-4}\text{N}_1\text{M}_1$ , у 8 – регистрировалось избыточное накопление РФП в пределах 25–35 % от СВТ. У пациентов всех групп до проведения радиойодтерапии, имеющих избыточное накопление  $^{131}\text{J}$  в проекции шеи, при УЗИ определялась остаточная тиреоидная ткань от 0,13 до 7,8 см<sup>3</sup>.

**Выводы.** В объеме экстрафасциальной тиреоидэктомии относительно радикально оперированы 129 (76 %) из 169 больных, а 40 (24 %) пациентам для продолжения радиойодтерапии требовалось повторное оперативное вмешательство.

## ПОЛУЧЕНИЕ ПОЛИМЕРНОЙ ФОРМЫ ТЕМОЗОЛОМИДА НА ОСНОВЕ ВЫСОКОЗАМЕЩЕННОГО ФОСФАТА ДЕКСТРАНА ДЛЯ ЛОКАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Н.К. Юркштович<sup>1</sup>, С.А. Беляев<sup>1</sup>, Н.В. Голуб<sup>1</sup>, Т.Л. Юркштович<sup>1</sup>,  
Ф.Н. Капущий<sup>1</sup>, Д.П. Веевник<sup>2</sup>, Ф.В. Олешкевич<sup>3</sup>, А.С. Федулов<sup>3</sup>

НИИ физико-химических проблем Белгосуниверситета<sup>1</sup>, г. Минск

ЛПУ “9-я клиническая больница”<sup>2</sup>, г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет<sup>3</sup>, г. Минск

Комбинированное лечение злокачественных опухолей головного мозга (ОГМ), включающее хирургическое вмешательство, химио-, гормоно-, иммунотерапию, а также рентгено-, радио- и лазеротерапию, не соответствует современным требованиям в нейроонкологии. Одним из возможных направлений, способствующих совершенствованию результатов лечения ОГМ, является применение методики локальной химиотерапии с использованием полимерных форм

лекарственных веществ, обладающих пролонгированным действием непосредственно на этапе оперативного лечения. Определенный интерес вызывает использование в качестве полимеров-носителей модифицированных полисахаридов, благодаря удачному сочетанию их физико-химических (наличие ионогенных групп, высокая степень набухания) и медико-биологических свойств (биосовместимость, нетоксичность, способность рассасываться в тканях организма без воспалительной реакции, относительная ус-