

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой:

Д.м.н, доцент, Зуков Руслан Александрович

Реферат

на тему:

Радиойодтерапия рака щитовидной железы

Выполнил:

клинический ординатор 2 года

Макшанов Никита Сергеевич

Проверил:

кафедральный руководитель ординатора

к.м.н., доцент, Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Красноярск, 2023

Оглавление

1. Введение
2. Радиационная физика и биологические эффекты радиойода
3. Радиационные риски и безопасность радиойодтерапии
4. Рак щитовидной железы
5. Список литературы

Введение

История применения радиойода в тиреоидологии начинается в ноябре 1935 года с совместного исследования Массачусетского Технологического Института (MIT) и отделения тиреоидологии больницы штата Массачусетс (MGH) в Бостоне. Президент MIT, доктор Карл Комптон в лекции под названием «Что физика может делать для биологии и медицины» поднял вопросы возможной пригодности радиойода. С 1937 года для изучения щитовидной железы использовался I-128. В 1938 году при бомбардировке теллура дейтронами были получены новые изотопы йода: I-130 ($T_{1/2}=12,6$ часа) и I-131 – (8,14 суток). В дальнейшем было установлено, что I-131 может быть получен в больших количествах в реакторе. I-131 по физическим свойствам оказался наиболее удобным как для теоретических исследований, так и для диагностики и терапии и получил в медицине широкое распространение. Использование радиоактивных изотопов йода в качестве меченых атомов основано на том, что, отличаясь по физическим свойствам от природного элемента, они полностью соответствуют ему по химическим свойствам, и участвуют в обменных процессах так же, как стабильный йод. Испускаемые I-131 гамма-кванты и бета-частицы позволяют с помощью радиометрических приборов точно проследить путь радиоактивного йода в организме и определить его содержание в различных органах и системах, а также моче, слюне и других выделениях. В январе 1941 года MGH-MIT группа впервые провела терапевтическое испытание радиоактивного йода (I-130) в лечении гипертиреоза. Это сделало лечение гипертиреоза более практичным, а использование I-130 быстро распространилось и на лечение карцином щитовидной железы. Успехи радиойодтерапии в лечении гипертиреоза и рака щитовидной железы нашли отражение в большом количестве публикаций. [3]

Радиационная физика и биологические эффекты радиойода

В настоящее время известен ряд изотопов йода с массовыми числами от 120 до 139 и периодами полураспада от 2,7 с (I-139) до 60 дней (I-125). Фактически, в настоящее время, три радиоизотопа йода наиболее востребованы и используются в медицине: I-123 для *in vivo* и I-125 для *in vitro* диагностических процедур и I-131 для терапевтических целей. [3]

Для диагностических целей радиоактивный йод вводится в организм человека в небольших количествах, носящих название индикаторных доз (обычно 0,5-5,0 мкКи). По весу I-131 вводится в столь небольшом количестве, что это не отражается на обменных процессах стабильного йода. Так, в 1 мкКи I-131 содержится $8,1 \times 10^{-9}$ мг йода. Очевидно, что общее содержание этого элемента в организме после введения радиоактивного йода практически не изменится. [1,3]

Радиойодтерапия заболеваний щитовидной железы основана на механизме активного транспорта I-131 из крови посредством Na-I-симпортер в фолликулярный эпителий щитовидной железы, накоплении его в фолликулах в связанном с тиреоглобулином виде и секреции с эффективным периодом полувыведения в несколько дней. Благодаря способности клеток щитовидной железы избирательно поглощать йод, концентрация I-131 в щитовидной железе оказывается во много раз больше концентрации в крови. Разрушающее действие I-131 на ткань щитовидной железы вызывают бета-частицы, которые обладают небольшой длиной пробега в тканях. 90% энергии распада бета-частиц в тиреоидной ткани поглощается в пределах 1-2 мм. Таким образом, разрушающее действие радиоактивного йода ограничивается тканью щитовидной железы. Близлежащие ткани остаются практически не поврежденными. Гамма-кванты, испускаемые I-131, не оказывают заметного биологического действия (из-за своей высокой проникающей способности), но позволяют следить за местопребыванием и количеством радиойода в организме. Накопившийся в тканях I-131 вызывает

ионизацию молекул клеток щитовидной железы, продукцию большого количества свободных радикалов или короткоживущих токсических ядов, способных повредить жизненно важные биологические структуры, такие как ДНК и ферменты. Все эти события приводят к задержке деления или гибели клеток щитовидной железы. В зависимости от введенной дозы достигается цель лечения – уменьшение продукции гормонов щитовидной железы и/или разрушение ткани щитовидной железы. [3,5,6]

Радиационные риски и безопасность радиойодтерапии

По сравнению с внешним облучением, внутреннее облучение радионуклидами менее радиотоксично в расчете на грей (рад), потому что их излучение происходит медленно в течение определенного времени. Единица СИ для поглощенной дозы – Грей (Гр); 1 Грей=100 рад. Эквивалент дозы, используемый для оценки биологических последствий радиации в различных тканях – зиверт (Зв); 1 Зв=100 бэр. Количество радиоактивности выражается в мегабеккерелях (МБк); 1 милликюри (мКи) равняется 37 МБк. При применении I-131 лучевая доза на все тело складывается из гамма-излучения, испускаемого от накопленного радионуклида в щитовидной железе, крови и мочевом пузыре. [1,3]

Радиойодтерапия не повышает риски канцерогенеза или опасных генетических дефектов. Доза на гонады при радиойодтерапии не превышает 2 сГр, что намного ниже, чем при выполнении рентгенографии поясничного отдела позвоночника, внутривенной урографии или ирригоскопии с барием. Многие люди боятся радиоактивности. В психологическом отношении существует больше опасений выпить стакан воды, содержащей радиойод, чем пройти рентгенологическое исследование. Так, простое рентгеновское исследование и компьютерная томография часто имеют большую эффективную эквивалентную дозу, чем многие обычно используемые радионуклиды. [1,3,4]

Риск развития опухоли намного ниже при применении I-131, по сравнению с рентгеном. Это подтверждают отдаленные результаты

многолетнего опыта лечения I-131 сотен тысяч больных с гипертиреозом. Риски развития рака щитовидной железы и лейкемии, любого другого рака и генетических или эмбриональных дефектов не существенны после применения радиоiodа. Лейкемия при лечении I-131 больного тиреотоксикозом развивается не чаще, чем при использовании тиреостатиков и/или операции. Исключительные случаи лейкемии наблюдаются у пациентов, неоднократно получавших высокие дозы I-131 для лечения рака щитовидной железы, преимущественно в детском возрасте. Нет доказательств генетических дефектов, связанных с радиоiodтерапией у потомства. Однако, в течение последнего десятилетия опасности, связанные с загрязнением окружающей среды, стали основной проблемой для беспокойства. [1,2,3]

Радиационные риски, связанные непосредственно с лечением I-131 больных, включены в потенциальные риски лучевых нагрузок для населения. Мнения относительно радиационных рисков и нормы радиационной безопасности различаются по обеим сторонам Атлантики и даже в пределах Европейского Союза. [3]

Рак щитовидной железы

За последние два десятилетия отмечено повышение заболеваемости раком щитовидной железы почти на 28%, при одновременном снижении смертности более чем на 23%. Это связано с распознаванием заболевания на ранних стадиях, при которых наиболее благоприятный прогноз реализуется после хирургического лечения в комплексе с терапией радиоактивным йодом. Тщательное тотальное или околототальное хирургическое удаление щитовидной железы, выполняемое квалифицированным хирургом, – необходимый первый шаг в лечении рака щитовидной железы. Применение радиоiodа показано как для аблации остатков ткани щитовидной железы после субтотального или околототального удаления органа по поводу многофокусного, инвазивного рака, так и для лечения регионарных и отдаленных метастазов дифференцированного рака щитовидной железы. [3]

Ретроспективные исследования показали, что послеоперационная абляция остатков щитовидной железы у больных с дифференцированной карциномой щитовидной железы размером больше 1-1,5 см с метастазами в шейные лимфатические узлы или без них значительно снижает смертность, а также достоверно снижает частоту рецидивов или развития отдаленных метастазов рака щитовидной железы по сравнению с больными, получающими только лечение тиреоидными гормонами. [3,6]

Применение радиоактивного йода обосновано:

- избирательным накоплением йода клетками щитовидной железы и высокодифференцированных опухолей;
- возможностью достижения высокой поглощенной дозы в очаге накопления при минимальном повреждающем действии на окружающие ткани;
- отсутствием осложнений, обратимостью побочных реакций при введении лечебных активностей. [3]

Основными целями радиойодтерапии являются:

1. Разрушение остаточной тиреоидной ткани и опухоли, при невозможности удалить их оперативным путем.
2. Удаление субстрата, синтезирующего тиреоглобулин, определение которого в дальнейшем наблюдении позволяет корректно использовать его содержание в сыворотке крови в качестве опухолевого маркера.
3. Обнаружение и последующая терапия метастазов дифференцированного рака щитовидной железы, в том числе не выявляемых при рентгенографии. [3]

Полное излечение оценивается по следующим критериям:

- отсутствие очагового накопления радиойода при сцинтиграфии всего тела;
- уровень ТГ в сыворотки крови с интервалом 3-6 месяцев < 2 нг/мл;

- отсутствие ультразвуковых и/или рентгенологических признаков рецидива опухоли и метастазов РЩЖ. [3]

Отдаленные метастазы – основная причина смерти при дифференцированных формах рака щитовидной железы. Почти 10% пациентов с папиллярным раком и до 25% – с фолликулярным имеют отдаленные метастазы. Приблизительно половина отдаленных метастазов диагностируется при первичном обращении. Отдаленные метастазы встречаются чаще у пациентов после 40 лет. 5-летняя выживаемость больных, у которых метастазы способны накапливать йод-131 и достигалась полная ремиссия, составляет 96%, 10 летняя – 93%. В то время как при отсутствии ремиссии 5-летняя выживаемость не превышает 37%, 10-летняя – 14%. [1,3,5,6]

При изучении характера отдаленного метастазирования 914 больных, наблюдаемых в клинике МРНЦ РАМН, в возрасте от 4 до 73 лет, у 331 (27%) пациента были отдаленные метастазы рака щитовидной железы в легкие. Метастазы рака щитовидной железы в легкие наиболее часто – 179 (55%) случаев – сочетались с метастазами в регионарные лимфатические узлы. Метастатическое поражение только легких без регионарных и отдаленных метастазов других локализаций имели 40 (12%) пациентов. Сочетание метастатического поражения легких и костей скелета наблюдали у 18 (5%) больных. Различные варианты сочетания метастазов рака щитовидной железы в легкие с метастазами других локализаций встречались у 94 (28%) больных. Из редких локализаций метастазирования отмечали метастазы в печень, почки, головной мозг, подкожную жировую клетчатку, парафаренгиальные, подмышечные, забрюшинные лимфатические узлы. В группе больных с метастазами в легкие и средостение полный эффект лечения достигнут у 54,7% пациентов, стабилизация отмечена у 15,9%, которые на момент анализа находятся в процессе лечения. Суммарные активности за период лечения составили от 140 до 2390 мКи 131I.

Показатели 5- и 10-летней выживаемости больных – 97,6% и 88,8% соответственно. [5,6]

Метастазы в кости рака щитовидной железы представляют сложную проблему для полного излечения. Проанализированы результаты лечения 103 больных в возрасте от 20 до 73 лет с метастазами в кости рака щитовидной железы при гистологическом подтверждении высокодифференцированного варианта первичной опухоли. Фолликулярный рак был выявлен у 70 (69%) пациентов при метастатическом поражении только скелета и у 57 (55%) больных при сочетании метастазов в костях с метастазами в лимфатические узлы шеи, средостение, легкие, печень и другие органы. Срок наблюдения составил от 1 года до 12 лет. Средняя продолжительность жизни больных раком щитовидной железы с изолированным поражением скелета составила 7,9 лет, пациентов с сочетанием метастатического процесса в костях и других органах – 9,4 года. Применение радионуклидной терапии в комплексном лечении этого тяжелого контингента больных улучшает показатели 5- и 10-летней выживаемости до 59,6% и 44,8% соответственно. [4,5,6]

Достоверно выше эффективность комбинированного лечения рака щитовидной железы при проведении радиойодтерапии в ранние сроки после хирургического этапа. Как следствие уменьшается вероятность развития рецидива заболевания, повторных оперативных вмешательств, сопровождающихся повышенным риском осложнений в виде травматизации возвратных нервов и паращитовидных желез. Кроме того, радиойодабляция позволяет на ранних этапах выявлять и успешно лечить отдаленные метастазы еще до их рентгенологического выявления. Наиболее эффективно лечение больных с легочными метастазами и одиночными костными метастазами, не выявляемыми при рентгенографии. Радиойодтерапия у пациентов с крупноузловыми метастазами в легкие или множественными метастазами в кости имеет меньшую эффективность. [3,5,6]

Вывод

Таким образом, радиойодтерапия играет ключевую роль в комбинированном лечении дифференцированного рака щитовидной железы, она показана пациентам с отдаленными метастазами и потенциально высоким риском рецидива опухоли. Применение радиойодтерапии возможно только после тотального или околототального удаления щитовидной железы, регионарных метастазов дифференцированного рака щитовидной железы через 3-4 недели, и/или после отмены тироксина за 3 недели или трийодтиронина – за 2 недели до лечения. Активное накопление радиойода обеспечивается правильной подготовкой и позволяет разрушить остаточную тиреоидную ткань, очаги опухоли и метастазы, не удаленные оперативным путем.

Список использованной литературы

1. Лучевая терапия: учебник. - Т. 2. - Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., 2019. - 192 с. ил.
http://kingmed.info/knigi/Luchevaya_diagnostika_i_luchevaya_terapiya/book_967/Luchevaya_terapiya_Uchebnik_Tom_2-Trufanov_GE_Asatryan_MA_Jarinov_GM-2019-pdf
2. Вестник рентгенологии и радиологии. Том X. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2018. - 592 с.
<https://elibrary.ru/contents.asp?id=34066196>
3. Основы медицинской радиобиологии /Под ред. И.Б. Ушакова. – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2016. – 225 с.
<http://kingmed.info/media/book/4/3929.pdf>
4. Медицинская радиология. – Л.Д. Линденбратен, Ф.М. Лясс – Москва, «Медицина», переиздание 2017г. – 368 с. : ил.
<https://drivems.by/new/wp-content/uploads/Lindenbraten-KorolyukMeditinskaya-radiologiya-i-rentgenologiya.pdf>
5. Терапевтическая радиология. Национальное руководство. – А.Д. Каприн, Ю.С. Мардынский - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 704 с.
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446584.html>
6. Клиническая радиология. — Под редакцией А.Е. Сосюкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 224 с.
<https://www.mmbook.ru/catalog/rentgenologija/103137-detail>

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра: Онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Рецензия _____

На реферат ординатора 2 года обучения по специальности Радиология

Макшанов Никита Сергеевич

Тема реферата: Радиойодтерапия рака щитовидной железы

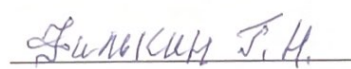
Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Оценка (по пятибалльной шкале)
1	Структурированность	4
2	Объем	5
3	Актуальность	5
4	Соответствие текста реферата по теме	5
5	Владение терминологией	5
6	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	4
7	Логичность доказательной базы	4
8	Умение аргументировать основные положения и выводы	4
9	Источники литературы	4
10	Наличие общего вывода по теме	-
Итоговая оценка		4 (хорошо)

Дата 25.05.2023

Подпись рецензента





Подпись ординатора
