С интересом прочитал подготовленные вами рекомендации по исследованию новообразований щитовидной железы (ЩЖ) на сайте РОП.

В последнее годы я активно работаю с данным направлением в научном и практическом​ разрезе.

Возможо вам будут полезны следующие комментарии/замечания:

с. 12: папиллярная склерозирующая микрокарцинома не является самостоятельной гистологической формой по классификации ВОЗ 2017, наоборот, это - прототипический вариант (см. ВОЗ 2017, с. 84)

с. 12: "высококлеточный/tall cell вариант (опухолевые клетки отличаются пропорцией высота/ширина - 3/1...)" - отношение высота/ширина не 3/1, а 2/1 (2-3/1, см. ВОЗ 2017, с. 86); это существенное нововведение (PMID 30565013)

с. 12: онкоцитарный вариант папиллярной карциномы не называется Гюртле-клеточным, чтобы исключить путаницу с отдельной группой Гюртле-клеточных опухолей, т.е. аденомы и (фолликулярной) карциномы

с. 12: "Несмотря на отсутствие выделенного отдельно микропапиллярного варианта ПК" - микропапиллярный вариант есть синоним hobnail variant; раньше он так и назывался - micropapillary-hobnail variant

с. 13: "в) фолликулярный паттерн роста (истинные папиллярные структуры не более, чем в 1% опухоли)" - последние изменения в диагностических критериях исключают любые истинные папиллярные структуры; это существенное нововведение (PMID 29902314)

с. 14: "Перечисленные признаки... позволяют некоторым авторам (и не без основания) считать ГТО одним из гистологических типов ПК" - последние работы группы Никифорова показали, что ГТО генотипически самостоятельная опухоль, не имеющая отношение к ПРЩЖ (PMID 30648929)

с. 14-15: "При малоинвазивной ФК количество очагов микроинвазии собственной капсулы опухоли составляет 1-3. При широкоинвазивной ФК количество очагов микроинвазий капсулы опухоли достигает 4 и более..." Число очагов имеет прогностическое значение (4+) и подсчитывается только для ангиоинвазии (ВОЗ 2017, с. 93). Терминология мало- и широкоинвазивной ФК определяется макроскопическим исследованием. Широкоинвазивные ФК по другому называются grossly-invasive, часто мультиузловые на разрезе. Малоинвазивные ФК диагностируются только микроскопически, вне зависимости от числа очагов пенетрации капсулы.

с. 15: "а) солидное/трабекулярное/тубулярное строение" - должно быть "солидное/трабекулярное/инсулярное", общепринято сокращается как СТИ

с. 16: молекулярно-генетическое исследование на p53/TERT для НДК и АК не имеет практического значения - это вторичные неспецифические мутации

с. 16: РАХ8 - наиболее часто экспрессируемый тканеспецифичный маркер АК (> 50%), это отмечено в Табл. 1 (с. 21), но пропущено в тексте

с. 18: "Правила вырезки" - пропущена масса органа

С уважением,

Андрей​

P.S. В настоящий момент группа экспертов в рамках проекта ICCR разрабатывает международные рекомендации по исследованию ЩЖ, что будет альтернативой американскому протоколу САР и другим национальным рекомендациям (хотя многие авторы те же), см. в приложении.

Andrey Bychkov, MD, PhD

Department of Pathology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Rama IV Rd., Pathumwan

Bangkok 10330, Thailand

Tel.: +66 2256-4235

Director of Digital Pathology

Department of Pathology, Kameda Medical Center

929 Higashi-cho, Kamogawa City

Chiba 296-8602, Japan

Tel.: +81 47-099-1159

Visiting Associate Professor

Department of Pathology, Nagasaki University Hospital

1-7-1 Sakamoto

Nagasaki 852-8523, Japan