

УДК 616.441 – 006.5 – 089

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ФОРМ ЗОБА**

Рябченко Евгений Викторович, к.м.н.

МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Кижватов Сергей Игоревич, к.м.н.

МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Анализируются результаты обследования и лечения 717 пациентов с узловым зобом, которым была выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы. Показания и выбор объема оперативного вмешательства определялись с учетом цитологической структуры, распространенности патологического процесса в щитовидной железе, ее функции и необходимости соблюдения принципов радикальности. Полученные результаты свидетельствуют, что определение тактики в хирургии очаговых образований щитовидной железы должно основываться на комплексе всех имеющихся клинических данных.

Ключевые слова: ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИЯ, УЗЛОВОЙ ЗОБ, ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ, РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

UDC 616.441 – 006.5 – 089

**DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF
NODULAR FORMS OF GOITER**

Raybchenko Evgenyi Viktorovich – MD

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Kijvatov Sergey Igorevich -MD

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

717 patients with nodular goiter were examined and treated. They underwent needle aspiration punctual biopsy of thyroid. Indications for operation and its bulk were determined according to cytologic structure, pathology distribution, thyroid function and radical principles. The data obtained revealed that surgical tactics should be founded at the whole complex of clinic features.

Keywords: NEEDLE ASPIRATION, NODULE GOITER, HISTOLOGICAL IDENTIFICATION, THYROID CANCER

Внедрение в последние годы современных методов дооперационной диагностики заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) показало несостоятельность существовавшей ранее тактики обязательного удаления всех узловых образований этого органа. При определении показаний к операции и выборе ее объема необходимо четко представлять, что речь идет о многочисленной группе больных, в том числе трудоспособного возраста. Число таких больных прогрессивно растет. Причиной этого является, как ухудшение общей экологической обстановки, так и улучшение выявляемости узлов щитовидной железы. Внедрение в клиническую практику современных ультразвуковых диагностических методов исследования (УЗИ) позволило обнаруживать в ЩЖ не пальпируемые образования. В результате частота выявления узловых образований у бессимптомных пациентов достигла 10-40%. Взвешенная тактика по отношению к этой группе больных особенно важна. Современные методы диагностики расширяют возможности уточнению характера процесса до операции и создают условия для разумного ограничения показаний к хирургическому вмешательству по поводу зоба и уменьшению его объема [1-4]. Принципиально тактическая установка должна быть направлена на максимальное использование всех возможностей дооперационных методов исследования. Уточнить диагноз заболевания во многих ситуациях помогает тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), особенно в сочетании с ультразвуковым контролем положением иглы. Однако ее эффективность значительно снижается при наличии в щитовидной железе множественных узловых образований и по мере увеличения размеров узла. Неуклонный рост заболеваемости раком щитовидной железы заставляет искать новые пути выявления ранних его форм и совершенствовать тактику обследования и лечения узловых образований щитовидной железы.

Целью данного исследования стала выработка оптимальной тактики хирургического лечения больных с узловыми образованиями ЩЖ.

Материал и методы исследования. Обследовано 717 пациентов, которым была выполнена ТАБ. Размеры узлов у большинства больных превышали 1,0 см. Часто это были не пальпируемые, случайно выявленные узловые образования (инсиденталомы).

Для диагностики узловых образований в щитовидной железе и определения их природы использовали УЗИ и ТАБ с цитологическим исследованием пунктата.

Результаты исследования. Морфологический материал, полученный при ТАБ, делили на четыре категории:

1. Доброкачественные изменения - группа больных (70,4%), включающая в себя многочисленные варианты доброкачественной гиперплазии, тиреодиты и нормальную ЩЖ. Пациенты с доброкачественными цитологическими изменениями в ЩЖ подлежали наблюдению и лечению у эндокринолога, за исключением ситуаций, связанных с наличием иных показаний к операции (компрессия органов шеи, узловой зоб с явлениями тиреотоксикоза, выраженный косметический дефект шеи, наличие факторов риска рака щитовидной железы и др.).

2. Злокачественные изменения, выявленные у 1,1% больных, были абсолютным показанием для хирургического вмешательства.

3. Изменения, подозрительные на злокачественные – составили 3,16%. В эту группу включали фолликулярные и гюртклеточные опухоли ЩЖ. Выделение этой группы свидетельствует об ограниченных возможностях ТАБ в диагностике некоторых новообразований ЩЖ. Как известно, фолликулярной аденомой называют опухоль фолликулярного строения без характерных для фолликулярного рака признаков инвазии капсулы и (или) сосудов [2]. Цитологическое исследование не позволяет

отличить фолликулярную аденому от фолликулярного рака. Именно поэтому их объединяют в одну цитологическую категорию (фолликулярную опухоль). При такой цитологической картине показано оперативное лечение.

4. Недостаточный для цитологического исследования материал обнаружен у 25,1% больных. Как показывает опыт, недостаточными аспираты чаще всего бывают при пункции кистозно-измененных, хорошо кровоснабжаемых и кальцинированных узлов. Пациентам этой группы ТАБ выполнялись повторно до информативного результата. С накоплением опыта частота неинформативных результатов снижена в 2,6 раза.

Отрицательный результат при цитологическом исследовании пунктата не всегда служил убедительным доказательством отсутствия злокачественного роста. Наибольшее число диагностических ошибок ультразвукового сканирования и тонкоигольной аспирационной биопсии приходилось на группу пациентов, у которых имеется аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием, а также многоузловой зоб. У ряда больных при полинодозном зобе далеко не всегда удавалось получить биоптат, отражающий истинный клеточный состав всех узлов. При пункции материал порой получали из дегенеративно измененного участка и результат тонкоигольной аспирационной биопсии расценивали как неинформативный. В ряде случаев даже при получении необходимого цитологического материала возникали определенные сложности в его оценке. Так, если папиллярный и медуллярный раки при цитологическом исследовании выявляются с достаточно высокой степенью достоверности, то отличить фолликулярную форму рака от аденомы из фолликулярных клеток крайне сложно.

Выбор объема оперативного вмешательства на щитовидной железе строился с учетом морфологической структуры, распространенности

патологического процесса в железе, ее функции и необходимости соблюдения принципов радикальности. Во всех случаях оперативного лечения узлового зоба при одностороннем поражении удаленную ткань щитовидной железы направляли на экспресс-диагностику и операцию заканчивали только после получения результатов срочного гистологического исследования. Объем операции при раке определяли исходя из гистологического типа узла, агрессивности опухоли и ее распространенности.

При папиллярной карциноме, фолликулярном раке и более распространенной папиллярной карциноме выполняли тиреоидэктомию с удалением клетчатки с лимфоузлами VI зоны шеи на стороне поражения.

Сопоставление данных ТАБ с результатами окончательного гистологического исследования тканей, удаленных во время операции, показало, что данный метод является достаточно чувствительным и специфичным в диагностике природы очаговых поражений щитовидной железы. Однако благоприятный результат при цитологическом исследовании пунктата не всегда служил убедительным доказательством отсутствия злокачественного роста. Клинический опыт показывает, что ранние формы рака щитовидной железы до настоящего времени далеко не всегда выявляются даже современными инструментальными методами. Даже тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием полученного материала до сих пор не может окончательно решить проблему ранней диагностики карциномы щитовидной железы. Благоприятный результат цитологического исследования пунктата щитовидной железы, представляющего собой лишь отдельные клетки или их скопления, не всегда может служить решающим критерием для отказа от хирургического вмешательства. Независимо от результатов цитологического исследования при наличии клинических признаков

злокачественной трансформации следует добиваться хирургического лечения и гистологического уточнения диагноза.

Заключение. Итак, представленный материал и данные литературы свидетельствуют, что пункционная биопсия является необходимым, но не абсолютно информативным методом исследования [5]. Ориентироваться на нее, как на единственный метод, определяющий тактику лечения больных, нельзя даже при значительном опыте цитолога. Определение тактики в хирургии очаговых образований щитовидной железы должно основываться на комплексе всех имеющихся клинических данных.

Литература

1. *Брейдо И. С.* Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. — С.П., 1998.- 330 С.
2. *Бубнов А.Н., Кузьмичев А.С., Гринева Е.Н., Трунин Е.М.*// Заболевания щитовидной железы. - С- Пб., 2002. - 108 С.
3. *Ветшев П.С., Шкроб О.С., Чилингариди К.Е. и др.* Тонкоигольная аспирационная биопсия солитарных образований щитовидной железы // Хирургия. – 1995.- №3.- С. 34-37.
4. *Кузнецов Н.С.* Оптимальный диагностический комплекс в выборе объема хирургического вмешательства при узловых эутиреоидных образованиях щитовидной железы. - В кн.: Лечение и профилактика эутиреоидного зоба. - М., - 1997. - С. 32 - 39.
5. *Mandreker S.R.S. et. al.* Role of fine needle aspiration cytology as initial modality in the investigation of thyroid lesions.// Acta Cytologica.- 1995.- Vol. 29.- P.898 – 904.