

УДК 616.441-076.5

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО
ДАНЫМ ТОНКОИГОЛЬНОЙ
БИОПСИИ**

Зенцова Ольга Андреевна
к.б.н. , врач
*Городская больница N2 "КМЛДО",
Краснодар, Россия*

Тен Флора Паксуновна
к.м.н., заведующая клинико-
диагностической лабораторией
*Городская больница N2, Краснодар,
Россия*

Представлены результаты цитологических исследований щитовидной железы у 2872 пациентов; сопоставлены цитологические и гистологические диагнозы у 114 больных. Проанализированы причины ложноотрицательных ответов.

Ключевые слова: АСПИРАЦИОННАЯ ПУНКЦИЯ ТОНКОЙ ИГЛОЙ, ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

UDC 616.441 – 076.5

**RESULTS OF CYTOLOGIC
DIAGNOSTICS OF THYROID
DISEASES ACCORDING TO FINE-
NEEDLE BIOPSY**

Zentsova Olga Andreevna
Ph.D., doctor
*City Hospital # 2 (KMMDA), Krasnodar,
Russia*

Ten Flora Paksunovna
Ph.D., director of clinic diagnostic laboratory
*City Hospital # 2 (KMMDA), Krasnodar,
Russia*

The results of thyroid cytology in 2872 patients are reported. Cytologic and hystologic diagnoses are collated in 114 patients. The reasons of false – negative data were discussed.

Keywords: FINE NEEDLE ASPIRATION, CYTOLOGICAL INVESTIGATION.

Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) с точки зрения практического здравоохранения и опыта зарубежных коллег необходима только при узловых формах поражения щитовидной железы (ЩЖ). Узловое образование в ЩЖ предполагает возможность опухоли, при этом ряд специалистов считают необходимым оперировать все узловые образования уже при пальпаторном или ультразвуковом определении узла, что на современном этапе не отвечает мировой практике [2].

ТАБ щитовидной железы относится к малоинвазивным, но достаточно информативным методам морфологической диагностики узловых поражений щитовидной железы. Информативность материала зависит от опыта и умения врача, производящего пункцию. Скудные пунктаты, как правило, малоинформативны и позволяют дать лишь описательный ответ.

Целью нашей работы явился анализ качества получения материала при пункции ЩЖ, сопоставление результатов цитологических исследований и окончательного гистологического диагноза.

В клинко-диагностической лаборатории ГБ №2 “КМЛДО” с января 2008г. по июнь включительно 2009г. исследован материал ТАБ щитовидной железы 2872 пациентов, данные представлены в таблице 1. Неинформативный материал был получен у 630 (21,9%) пациентов, что более чем в 2 раза превышает приводимый в публикациях уровень неинформативных препаратов. Причины чаще всего связаны с неопытностью врачей, кроме того, трудности возникают при пункции узлов с повышенной васкуляризацией, кистозно-измененных узлов. Доля неинформативных препаратов у разных врачей колеблется от 10% до 60%.

При исследовании материала ТАБ цитологический диагноз различных поражений ЩЖ основывался на комплексном учете характерных морфологических признаков, а также клинко-лабораторных

и инструментальных данных (анамнез, клинические проявления, данные ультразвукового исследования (УЗИ), гормональный фон и др.).

В 1436 (50%) наблюдениях цитологически диагностирован зоб: зоб с незначительно выраженной клеточностью, небольшим содержанием коллоида – 265 (9,2%), преимущественно коллоидный зоб – 450 (15,7%), преимущественно клеточный зоб с разной степенью пролиферации эпителия – 724 (25,2%). При пункции узлов ЩЖ получают коллоид разной плотности и тиреоциты, соотношение этих компонентов отражает морфологический тип зоба. В 336 (11,7%) наблюдениях диагностирован аутоиммунный тиреоидит (АИТ).

Встречались ответы с указанием на информативность и описанием цитологической картины без заключения о характере патологического процесса, когда в препаратах обнаруживали единичные (но более 6) группы тиреоцитов – 160 (5,6%) наблюдений и с указанием на наличие только элементов кистозной полости – у 87 (3,0%) пациентов.

В соответствии с особенностями цитологического исследования в классификации выделена особая рубрика “фолликулярная опухоль”, в которой разделение на доброкачественные и высокодифференцированные злокачественные формы ограничено пределами метода [4, 6,7] .

Диагноз фолликулярной опухоли (ФО) был выставлен в 201 (7 %) случаях: в 158 (5,5%) – в предположительной форме и у 43 (1,5%) пациентов - в утвердительной форме. Диагноз рака ЩЖ выставлен 62 (2,2%) пациентам.

Таблица 1 - Перечень цитологических заключений по материалам тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы

| Цитологические заключения | Количество наблюдений | % |
|---------------------------------------------------|-----------------------|------|
| Неинформативный материал | 630 | 21,9 |
| Зоб : | 1436 | 50 |
| - с незначительной клеточностью, немного коллоида | 265 | 9,2 |
| - преимущественно коллоидный | 450 | 15,7 |
| - преимущественно клеточный | 724 | 25,2 |
| АИТ | 336 | 11,7 |
| Трудно дифференцировать зоб и АИТ | 34 | 1,2 |
| Описательный характер, мало материала | 160 | 5,6 |
| Элементы кистозной полости | 87 | 3 |
| Фолликулярная опухоль: | 201 | 7 |
| - предположительно | 158 | 5,5 |
| - утвердительно | 43 | 1,5 |
| Рак: | 62 | 2,2 |
| - папиллярный | 36 | 1,3 |
| - фолликулярный | 5 | 0,2 |
| - папиллярно-фолликулярный | 20 | 0,5 |
| - медуллярный | 6 | 0,2 |
| Всего | 2872 | |

В хирургических отделениях ГБ № 2 “КМЛДО” из 2872 пациентов, прошедших ТАБ ЩЖ , прооперировали 114 (4%) пациентов. У них было проведено сопоставление цитологического и окончательного гистологического диагнозов, данные представлены в таблицах 2 и 3.

В группе с цитологическим заключением о наличии опухоли (фолликулярная опухоль, рак) из 263 пациентов прооперировано 46 (17,5%). В 43 (93,5%) случаях гистологический диагноз соответствовал цитологическому: опухоли злокачественной - у 22 (47,8%) и доброкачественной – у 21 (45,7%) пациентов.

В группе с цитологическим заключением о наличии доброкачественного процесса в виде зоба, тиреоидита, заключением описательного характера из 2609 пациентов прооперировано 68 (2,6%). В 54 (79,4%) случаях гистологический диагноз соответствовал опухоли:

злокачественной – у 15 (22,1%) и доброкачественной – у 39 (57,4 %) человек.

С целью выяснения причин расхождения цитологических и гистологических диагнозов детально проанализированы основные группы цитологических заключений.

Таблица 2 - Сопоставление цитологических и гистологических заключений по материалам тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы (доброкачественные заболевания щитовидной железы)

| Цитологический диагноз (n-количество пациентов) | Гистологический диагноз (чел/%) |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Зоб: | |
| - с незначительной клеточностью (n=13) | Рак (2/15,4%) Аденома (9/69,2%) Зоб (2/15,4%) |
| - преимущественно коллоидный (n=11) | Рак (4/36,4%) Аденома (3/27,3%) Зоб (4/36,4%) |
| - преимущественно клеточный (n=36) | Рак (7/19,4%) Аденома (24/66,7%) АИТ (2/18,2%) Зоб (3/27,3%) |
| АИТ (n=6) | Рак (2/33,3%) Аденома (1/16,7%) Зоб (2/16,7%) АИТ (1/16,7%) |
| Элементы кистозной полости (n=1) | Аденома (1) |
| Неинформативный материал (n=1) | Аденома (1) |

При ретроспективном просмотре препаратов с цитологическими заключениями о наличии зоба с незначительно выраженной клеточностью, коллоидного зоба, АИТ, элементов кистозной полости было установлено, что расхождение диагнозов в первую очередь обусловлено небольшим содержанием клеток в препаратах, что может отражать методические погрешности в получении материала.

При анализе случаев расхождения цитологического и гистологического диагнозов при цитологическом заключении о наличии клеточного зоба с умеренной, а чаще выраженной клеточностью выявлено, что трудности возникают при разграничении клеточных пролифератов на фолликулярную опухоль и клеточный зоб с достаточно выраженной пролиферацией эпителия, формированием фолликулярных, реже многослойных структур. Одни авторы относят такую картину, характеризуемую ими как аденоматоз, к доброкачественному процессу, другие рассматривают как предрак [4,5]. Гистологически аденоматоз – это очаг пролиферации эпителия, морфологически не отличимый от пролиферации в аденоме, но лишенный капсулы и сосудистой ножки [6]. Только УЗИ данные о хорошо выраженной капсуле и однородной структуре позволяют предположить наличие аденомы ЩЖ.

Таблица 3 - Сопоставление цитологических и гистологических заключений по материалам тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы
(наличие опухоли по цитологическим заключениям)

| Цитологический диагноз (n-количество пациентов) | Гистологический диагноз (чел/%) |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Фолликулярная опухоль (n=32) | Рак (10/31,3%) |
| | Фолликулярная аденома (18/56,3%) |
| | Зоб (4/12,5%) |
| Рак (n=14) | Рак (11/78,6%) |
| | Фолликулярная аденома (3/21,4%) |

Наибольшие трудности возникают при диагностике так называемых фолликулярных пролифератов ЩЖ, при попытке различить фолликулярную аденому и фолликулярный рак, а иногда и клеточный зоб с формированием значительного количества фолликулярных структур, В-клеточные опухоли [1, 3, 7]. Такого рода фолликулярные пролифераты отмечены в 32 наблюдениях. При отсутствии выраженного полиморфизма

клеток, преобладании фолликулярных структур, наличии атипических фолликулов мы были вынуждены использовать такую формулировку как “фолликулярная опухоль”, а иногда в предположительной форме высказаться о наиболее вероятном характере процесса: фолликулярная аденома или фолликулярный рак. Дополнительными вспомогательными признаками могут служить данные о быстром росте узла, ультразвуковая картина, высокий уровень тиреоглобулина. Однако опыт показывает, что во многих случаях диагнозы в предположительной форме себя не оправдывают и впоследствии могут не подтверждаться. В любом случае диагноз фолликулярной опухоли является показанием к применению хирургического лечения больного.

Всего было диагностировано 14 случаев рака, 11 из них (78,6%) подтвердили гистологически (папиллярный – 5, фолликулярно-папиллярный – 5, фолликулярный – 1). В 3 наблюдениях гистологический диагноз соответствовал фолликулярной аденоме.

Безусловно, одна из причин расхождения до- и послеоперационных диагнозов при поражениях ЩЖ кроется в пестром морфологическом строении железы, когда сочетается несколько патологических процессов, локализованных как в узловых образованиях, так и в диффузно измененной ткани, таких как коллоидный зоб и аденома, тиреоидит и рак и т.д. При наличии нескольких узловых образований, часть из них может быть доброкачественного строения, в то время как другие являются злокачественной опухолью [4].

Таким образом, анализ данных ТАБ цитологических исследований поражения ЩЖ в сравнении с результатами гистологического исследования показал, что информативность метода во многом зависит от правильной методики получения материала и учета данных комплексного обследования больного.

Во многих публикациях указывается на эффективность работы комплексных бригад врачей, обладающих опытом в диагностике и лечении заболеваний ЩЖ [4,7]. На этапе обследования бригада состоит из эндокринолога, хирурга, специалиста по ультразвуковому исследованию и цитолога. Детальный обмен информацией между специалистами позволяет уменьшить риск ложноотрицательных результатов. При сомнении одного из специалистов повторяют пункцию, ведут клиническое наблюдение, осторожно относятся к единичной цитологической оценке доброкачественности процесса.

Наибольшего внимания и наблюдения в динамике требуют больные с клеточным зобом с умеренной и выраженной клеточностью, так как цитологическая диагностика клеточного неопухолевого узла и фолликулярной опухоли трудна, чаще встречаются ложноотрицательные результаты.

Несмотря на рассмотренные трудности в постановке диагноза при заболеваниях ЩЖ, ТАБ с цитологической оценкой – значимый метод в диагностике заболеваний ЩЖ, особенно при наличии солитарных узлов.

Литература:

1. Горбачева О.С., Попова Л.П., Иванов С.В., Яковлева М.В., Бондарев В.П. О цитологической классификации узлового нетоксического зоба. Клиническая лабораторная диагностика, 2008, N1, 37-39.
2. Дедов И.И., Трошина Е.А., Александрова Г.Ф. Диагностика, лечение и профилактика узловых заболеваний щитовидной железы. Руководство для врачей. М., 1999.
3. Пупышева Т.Л., Митерева Н.Г. Возможности цитологической диагностики заболеваний щитовидной железы по аспиратам при пункции тонкой иглой и при интраоперационной экспресс-диагностике. Новости клинической цитологии России. 2001, т 5, N 3-4, 131-134.
4. Шапиро Н.А., Каменева Т.Н. Цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. М., 2003.
5. Шулуток А.М., Семиков В.И., Иванова Н.А. и др. Хирургия, 2002, 2, 7-12.
6. Юшков П.В., Воскобойникова В.В. Арх. пат. 2003, т 65, N3, 10-11.
7. Buley L.D. Current Diagnostic Path. 1995, N 2, 23-31.