

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ташкентская медицинская академия, кафедра ВОП с эндокринологией

В настоящее время узловой зоб- самое распространенное заболевание эндокринной системы, подлежащее хирургическому лечению [1, 3, 5, 7;]. Патология щитовидной железы стоит на втором месте после сахарного диабета среди заболеваний эндокринной системы [2,4]. Лечение больных с узловыми поражениями щитовидной железы является актуальной проблемой в современной тиреологии как вследствие большого количества таких пациентов, так и за счет сложности определения злокачественности или доброкачественности узлового образования [6, 8]. В последние годы отмечается увеличение количества больных с узловым зобом, которое отчасти связано с широким внедрением в повседневную практику новых современных технологий, улучшающих диагностические возможности, более пристальным вниманием врачей различного профиля к состоянию щитовидной железы и возобновлением системы диспансеризации населения [5; 9].

В России и Европе при скрининге здорового населения с использованием пальпации узловой зоб обнаруживается у 3—10% обследуемых, в США примерно у 4-7% населения [3,4,9;]. При УЗИ и аутопсии ткани железы узловые образования определяются в 50% случаев. Более 30% женщин старше 30 лет имеют те или иные очаговые изменения в ткани щитовидной железы [5;].

В последние годы значительно улучшилась диагностика узловых заболеваний ЩЖ в связи с общедоступностью ультразвуковой сонографии. Внедрение пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия (ПТАБ) позволило на пооперационном этапе иметь представление о цитологической структуре узлов в ПРК [5]. Однако диагностическая ценность ультразвуковой диагностики и аспирационной биопсии определяется личным опытом врачей, проводящих исследование, общим состоянием методов исследования на настоящее время. Не разработан оптимальный алгоритм обследования взрослых с узловым зобом (УЗ) на пооперационном этапе, позволяющий определить доброкачественность или злокачественность узла [3,5, 6;]

Таким образом, основанием для проведения данной работы явилось изучение морфологической картины после клинико-гормонального обследования и проведения тонкоигольной аспирационной биопсии узлового образования

Целью исследования явилось оценка эффективности пункционной тонкоигольной аспирационной биопсии для дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы.

Материал и методы. В обследование были

ловыми образованиями щитовидной железы. Во всех случаях проводилось предварительное обследование, включающие клинический осмотр, пальпацию щитовидной железы, УЗИ, тонкоигольную пункционную биопсию и определения базального уровня гормонов - тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина и тироксина (Т₃св. и Т₄св.). В исследование вошли больные с узловыми образованиями, не превышающие 2 см в диаметре по данным УЗИ. Средний возраст больных 45,7±8,7 лет. Среди пациентов было женщин 32 (80%), мужчин 8 (20%). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц, без патологии щитовидной железы, которые по полу и возрасту соответствовали обследованным больным.

В исследование проанализированы результаты ПТАБ. выполненной 40 больных с узловым образованием щитовидной железы, выполненной в ЭНЦ (в отделение хирургической тиреологии) Пациенты были обследованы в эндокринологическом отделении 3 клиники ТМА. и при выявлении узлового образования и предварительного обследования (УЗИ щитовидной железы, гормональное исследование - Т₃ св, Т₄ св, ТТГ крови) при размере узла более 1 см, но не более 2 см, были направлены на проведения ПТАБ.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием программ для расчетов с помощью электронных таблиц Excel 97.

Результаты исследований. У всех 40 пациентов при пальпации определялись узлообразования.

При проведении УЗИ были выявлены следующие изменения: у 25 (62,5%) узловой зоб, у 15 (37,5%) многоузловой зоб. В настоящее время отсутствуют ультразвуковые критерии, позволяющие провести достоверную дифференциальную диагностику между злокачественными образованиями щитовидной железы и обычным узловым зобом. Авторы рекомендуют осуществить пункцию всех выявленных узловых образований при диаметре более 1 см [1,2,4].

При этом по функциональному состоянию щитовидной железы преобладал эутиреоз - у 26 (65%) пациентов, затем тиреотоксикоз - у 8 (20%), затем гипотиреоз - у 7 (15 %).

Таблица

Гормоны	Контроль, п-эутиреоз ‘			
	10	п-26	гипотиреоз п-7	гипертиреоз п-8
ТТГ, мМЕд/мл	2,2±0,6	2,6±0,9	6,9±1,0*	0,29±0,02*
Т ₃ св., pg/ml	2,1±0,09	2,0±0,07	1,21 ±0,06*	4,91±0,07*
Т ₄ св., ng/ml	1,3±0,03	1,1±0,05	0,8±0,07*	2,5±0,02*

p<0,05 по отношению к контролю и группой с эутиреозом

циентов с эутиреозом достоверно не отличались, отмечается достоверное повышение ТТГ в группе с гипотиреозом и снижение в группе с гипертиреозом по сравнению с контролем и эутиреоидном состоянии.

После клинко-инструментального и гормонального обследования для выяснения была изучена цитологическая картина узлового образования с помощью ПТАБ. Цитологические исследования пунктата является наиболее быстрым морфологическим методом дооперационной диагностики.

ПТАБ проводили после осмотра пальпируемого узлового образования или после УЗИ, либо под его контролем разработанной иглой для ПТАБ с отверстием на боку для получения образцов клеточного материала для цитологического исследования.

Ее повседневное использование позволяет свести к минимуму число неоправданных тиреоидэктомий и тем самым снизить инвалидность и стоимость лечения пациента. Однако, УЗИ щитовидной железы не позволяет выявить рак щитовидной железы во всех случаях.

Таким образом, ПТАБ щитовидной железы является достаточно точной и экономически эффективной методикой дифференциальной диагностики при узловом зобе.

На основании данных морфологического анализе нами выделено 4 группы больных в зависимости от гистологической структуры щитовидной железы. Первую группу составили 25 (60%) пациентов с узловым коллоидным пролиферирующим зобом с единичными лимфоидными клетками из узла. Во вторую группу вошли 5 (12,5%) больных с узловым зобом микрофолликулярно-трабекулярного строения. В третью группу - 7 (17,5%) больных с В-клеточной аденомой и у 4 (10 %) больных было обнаружено жидкостное содержимое. Среди обследованных ни у одного пациента

обнаружено.

Наличие у пациентов в пунктате коллоидного содержимого расценивается как компенсаторная гиперплазия фолликулов и накопление коллоида за счет йоддефицитного состояния. При наличии в пунктате микрофолликулярного-трабекулярного, В-клеточной аденомы и кистозного содержимого, при размере узлового образования более 2 см, при быстром росте узла, наличие ультразвуковых предикторов к раку щитовидной железы (неоднородная структура узла с нечеткими контурами, наличие кальцинатов, увеличенные шейные лимфатические узлы) некоторые авторы [3,7,9] рекомендуют повторное проведение ПТАБ. По мнению авторов, для диагностики рака щитовидной железы необходимо исследование пунктата опытным морфологом. Вышеуказанные морфологические изменения в ткани щитовидной железы являются предраковым состоянием или под этими морфологическими изменениями часто скрывается злокачественные образования щитовидной железы, для подтверждения которых необходимо при оперативных вмешательствах интраоперационное гистологическое исследование [6,8].

Выводы

Среди обследованных пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы преобладают женщины 32 (80%). У больных с узловыми образованиями щитовидной железы функциональное состояние чаще соответствует эутиреозу - 65%. При анализе морфологических изменений узлового образования щитовидной железы преобладал узловой коллоидный пролиферирующий зоб - 60%. В-клеточная аденома - 17,5%, микрофолликулярно-трабекулярная строение 12,5%, жидкостное содержимое - 10%.

Литература

1. Агеев Ю.Л., Мелай А.М. и др. Характерные особенности пунктионное биопсии щитовидной железы. Вести новых мед технологий 1997г ;4:1-2:50.
2. Дедов И.И. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) по диагностике и лечению узлового зоба. Матер 3-го Всерос тиреоидологич конгр. М 29—30 ноября 2004; 5— 12.
3. Джалилов.Д.Н, СВКанаев, В.М. Моисеенко . Современные методы диагностики узловых образований щитовидной железы. Вопросы онкологии. 2010, Том 56, № 5 499-507стр.
- 4.Зубарев А.В., Башилов.В.П .Соноэластография и дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы. Хирургия №5 2011г,25-28с.
- 5.Тимофеева Н.И. Современный алгоритм дифференциальной диагностики и оптимизация тактики хирургического лечения у больных с узловыми образованиями щитовидной железы: Дис. ... канд. мед. наук.-СПб., 2007.
- 6.Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. — СПб., 2002.
7. Alexander E.K., Hurwitz S., Heering J.P. et al. Natural history of benign solid and cystic thyroid nodules // Ann. Intern. Med.-2003.-Vol. 138.-P. 315-318.
8. Cooper D.S., Doherty G.M., Haugen B R. et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules, and differentiated thyroid cancer//Thyroid,—2006.—Vol. 16, №2.
9. Papini E., Guglielmi R., Bianchini A. et al. Risk of malignancy in nonpalpable thyroid nodules: Predictive value of ultrasound and color-doppler features //J. Clin. Endocrin. Metab.- 2002.-Vol. 87.- P. 1941-1946.