

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Б.Р. Салиева, Т.Т. Какчекеева, М.А. Нуралиев,  
Е.Г. Логачева, Б.Х. Бебезов*

Изучена диагностическая информативность тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии. Представлены результаты хирургического лечения пациентов с узлообразованиями щитовидной железы.

*Ключевые слова:* узловые образования щитовидной железы; диагностика; хирургическое лечение.

Узловая тиреоидная патология является актуальной клинической проблемой современной тиреологии как в связи с неуклонным ростом числа вновь выявленных случаев узлового зоба [1–3], так и несовершенством методик верификации тиреоидной патологии на дооперационном этапе, не позволяющем уточнить характер патоморфологических изменений. Узловое образование щитовидной железы (УОЩЖ), в соответствии с Клиническими рекомендациями Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ), это ограниченное изменение участка паренхимы железы, выявляемое пальпаторно и/или с помощью визуализирующих методов исследования. Пальпируемые УОЩЖ встречаются у 4,6–7,0 % взрослого населения, достигая 30–50 %

выявляемости при ультразвуковом сканировании ЩЖ [4, 5]. В целом специального обследования требуют УО диаметром более 1 см, которые потенциально являются клинически значимыми [6]. Основными направлениями диагностики и дальнейшего наблюдения пациентов с узловым зобом являются исключение злокачественной природы УОЩЖ, диагностика функциональной автономии и компрессионного синдрома. Объективная информация о характере и распространенности патологического процесса в ЩЖ определяет дифференцированный подход к выбору метода лечения. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) ЩЖ является общепринятой диагностической процедурой, позволяющей идентифицировать

патологию ЩЖ. Основным моментом при проведении ТАПБ ЩЖ является получение адекватных и репрезентативных клеточных пунктатов и их цитологической экспертизы [5–7].

Целью работы стала оценка эффективности первичной цитологической диагностики узловых образований щитовидной железы.

**Материалы и методы.** В исследование включены 254 пациента с УОЩЖ, находившиеся на стационарном лечении в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя с 2007 по 2011 г., отобранные методом случайной выборки. Возраст пациентов составил от 13 до 74 лет,  $M = 44,88 (\pm 0,8)$ , из них женщин 238 (93,7 %), мужчин 16 (6,3 %), в соотношении 15:1. Диагноз в дооперационном периоде устанавливался на основании характерной клинической картины, физического осмотра, показателей уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и свободной фракции тироксина (fT4); уровень ТТГ (норма 0,4–4 мЕд/л), fT4 (норма 1,5–23,2 пмоль/л) оценивали иммунохемилюминесцентным методом на автоматическом анализаторе Architect С 4000 АBBOT (США). Всем больным выполнена ТАПБ с цитологическим исследованием пунктатов. ТАПБ осуществлялась под контролем УЗ-сканера GE Logiq 400-MD с линейным датчиком частотой 7,5 МГц в реальном масштабе времени. При этом проводилась оценка по следующим параметрам: количество, форма, размеры, структура, экзогенность, характер краев УО, наличие или отсутствие включений, точное расположение УО, осмотр зон регионарного лимфооттока, цветное доплеровское картирование нодулярной и экстранодулярной ткани. Объем ЩЖ рассчитывали по формуле J. Brunn (1981). Степень увеличения щитовидной железы классифицировали по ВОЗ (1991). ТАПБ УОЩЖ проводили стандартными иглами № 19-21G со шприцом объемом 10 мл. В узлах с кистозным компонентом в первую очередь пунктировали участки солидного строения, после – содержимое кисты с последующим изготовлением мазка из клеточного осадка. При мультинодулярном зобе пункционной биопсии подвергали “доминантный” и/или подозрительный узел на злокачественность по данным УЗИ. Аспирационный материал помещали на предметные стекла, высушивали естественным путем на воздухе. В последующем в условиях цитологической лаборатории полученные мазки окрашивали по принятой методике Мая – Грюнвальда – Гимзе.

Пункционную биопсию больные переносили удовлетворительно, в трех случаях наблюдалось образование подкожной гематомы, в семи – больные отмечали кратковременные болевые ощущения, не потребовавшие приема анальгетиков.

Все цитологические заключения были разделены на следующие группы:

- доброкачественные (“коллоидный зоб”, “аденома”, “тиреоидиты” и их сочетания);
- подозрительные на злокачественность, неопределенные (“фолликулярная опухоль”, “фолликулярная неоплазия”);
- злокачественные (“папиллярный рак”, “медуллярный рак”, “низкодифференцированный рак”);
- неинформативные, содержащие недостаточное количество клеточного материала для интерпретации.

Хирургическое лечение проведено у всех 254 пациентов. Выбор объема операции зависел от результатов цитологического исследования, степени распространенности процесса, локализации и размеров УО.

Статистический анализ данных осуществляли при помощи пакета SPSS 11.0 for Windows (США, 1991).

**Результаты.** По данным ультразвукового исследования наличие одиночного узла в щитовидной железе выявлено у 118 больных (46,5 %), двух узлов – у 65 (25,6 %) и многоузлового зоба – у 34 (13,4 %) пациентов, смешанный и диффузный характер имели 37 (14,6 %) пациентов. Размеры узлов варьировали от 1 до 7,6 см в диаметре. Узлы размерами менее 1,0 см встречались в 18 случаях (7,1 %), от 1,1 до 3,0 см – в 120 (47,2 %) и более 3,1 см – в 113 случаях (44,5 %). При оценке тиреоидного статуса в 89,8 % (228 больных) случаях наблюдался эутиреоз, в 2,4 % (6 больных) – гипотиреоз, в 7,9 % (20 больных) – гипертиреоз. При анализе случаев гипотиреоза, у всех 6 пациентов оказался в исходе аутоиммунного тиреоидита Хашимото с медикаментозной компенсацией.

Результаты цитологического исследования пункционного материала 254 пациентов показали: заключения о доброкачественности процесса – в 58,3 % случаев, неопределенные заключения или подозрительные на злокачественность – 25,0 %, злокачественные 8,1 и 8,6 % пункций оказались неинформативными. Рассмотрение послеоперационных гистологических заключений показало, что в структуре доброкачественных изменений УОЩЖ преобладал коллоидный в различной степени пролиферирующий зоб – 14,1 %, аденомы различного строения – в 25 % случаев, узловые образования при аутоиммунном тиреоидите – в 14,1 %, рак щитовидной железы составил 18,3 %.

В группе неинформативных заключений, по данным цитологического исследования, гистологическая картина показала доброкачественные из-

менения, причем все узлообразования имели кистозное строение, что не позволило клиницисту выполнить ТАПБ с достаточным компонентом для интерпретации.

В нашем исследовании анализ данных цитологических и гистологических заключений, показал, что информативность метода ТАПБ в диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований составила 84,5 %, из чего можно сделать следующие выводы:

1. Метод цитологического исследования биоптатов, полученных при ТАПБ, остается эффективным, доступным и безвредным методом в предоперационной диагностике узловых образований ЩЖ.

2. Применение ультразвукового контроля позволяет уточнить показания к пункционному методу диагностики.

3. Количество выявленных злокачественных опухолей после оперативного вмешательства составило 18,3 %, поэтому активная хирургическая тактика остается оправданным методом адекватного лечения.

4. Основной причиной трудности верификации цитограмм явились технические особенности ТАПБ при многоузловом зобе, кистах, а также особенности интерпретации при фолликулярных неоплазиях.

### Литература

1. *Валдина Е.А.* Заболевания щитовидной железы: руководство / Е.А Валдина. 3-е изд., доп. СПб.: Питер, 2006. 368 с.
2. *Дедов И.И.* Диагностика, лечение и профилактика узловых форм заболеваний щитовидной железы / И.И. Дедов, Е.А Трошина, Г.Ф. Александрова. М., 1999.
3. *Tan G.H.* Solitary thyroid nodule: comparison between palpation and ultrasonography / G.H. Tan, H. Gharib, C.C. Reading // Arch Intern Med. 1995. Vol. 155. P. 248–2423.
4. *Gharib H.* Changing concepts in the diagnosis and management of thyroid nodules // Endocrinol. Metab. Clin. N. Am. 1997. V. 26. P. 777–780.
5. *Gia-Khanh Nguyen.* Fine-needle aspiration of the thyroid: an overview / G. Kh. Nguyen, M.W. Lee, J. Ginsberg, T. Wragg, D. Bilodeau // <http://www.cytojournal.com/content/2/1/12>
6. *Шулутко А.М.* Ультразвуковые методы исследования и пункционная биопсия в диагностике узловых образований щитовидной железы / А.М. Шулутко, В.И. Семиков, Н.А. Иванова и соавт. // Хирургия. 2002. № 5. С. 7–12.
7. *Baloch Z.W.* Fine-needle aspiration of the thyroid: today and tomorrow / Z.W. Baloch, V.A. LiVolsi // Clin. Endocrinol Metab. 2008. V. 22 (6). P. 929–939.