

*А. Г. Попандопуло, Е. П. Корчагин, Д. А. Попандопуло, И. Ю. Ваганова, И. Г. Постолук,
С. А. Пашенко, Н. Б. Родина*

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины
Центр хирургии щитовидной железы, Донецк*

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ КАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОЧЕТАНИИ С ТИРЕОИДИТОМ ХАШИМОТО: ЦИТО- ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Приведен ретроспективный анализ цито-гистологических исследований 94 больных оперированных в 2012 г. по поводу дифференцированных карцином щитовидной железы. Дана оценка тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии как метода диагностики дифференцированных карцином щитовидной железы в сочетании с тиреоидитом Хашимото. Рассмотрены варианты цитологических заключений, используемые в клинической практике.

Ключевые слова: дифференцированные карциномы щитовидной железы, тиреоидит Хашимото, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия.

Несмотря на большое количество работ, посвященных диагностике и лечению дифференцированных (папиллярных и фолликулярных) карцином щитовидной железы (ДКЩЖ), актуальность данной проблемы не снижается. Это обусловлено неуклонным ростом частоты выявления ДКЩЖ, рассматриваемым как результат неблагоприятной экологической ситуации и улучшения диагностических подходов.

Обширный инструментальный комплекс (ультразвуковое исследование (УЗИ), тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ), спиральная компьютерная и магнитно-резонансная томография, инфракрасная термография, тиреосцинтиграфия и др.) обеспечивает полноту и достоверность диагностики узловых патологий щитовидной железы (ЩЖ), выявляя, в том числе ДКЩЖ на ранних стадиях процесса.

Особые диагностические трудности возникают при сочетании ДКЩЖ с аутоиммунным тиреоидитом Хашимото (ТХ), наблюдающемся в 0,4–38% случаев, когда снижаются диагностические возможности большинства методов исследования ЩЖ. В частности при ТХ затруднено определение эхографических признаков ДКЩЖ на фоне общей гипоехогенности и гетерогенности ткани ЩЖ, а также интерпретация цитологической картины на фоне лимфоцитарной инфильтрации и метаплазии тиреоидного эпителия.

Отсутствие четких данных об этиопатогенезе ТХ объясняет низкую эффективность его консервативного лечения, что в большинстве случаев приводит к прогрессированию заболевания. Гиперплазия ЩЖ, обуславливающая компрессионный синдром, подозрение или наличие злокачествен-

ного процесса переводит ТХ в группу заболеваний, требующих хирургического вмешательства. Все остальные варианты течения ТХ подлежат динамическому контролю. Ранняя и точная диагностика карцином ЩЖ на фоне тиреоидита является актуальной задачей и позволяет избежать неоправданных операций у больных ТХ.

Цель исследования: определить диагностический потенциал тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии в выявлении дифференцированных карцином щитовидной железы в сочетании с тиреоидитом Хашимото.

Материал и методы

В 2012 г. в Центре хирургии щитовидной железы ГУ «ИНВХ им. В. К. Гусака НАМНУ» проведена ТАПБ 2353 пациентам с узловыми патологиями ЩЖ и прооперированы 632 пациента с подозрением на карциному, цитологическими признаками карциномы, «фолликулярной неоплазии» и другими стандартными показаниями к оперативному вмешательству. Из них в исследование вошли 490 больных, которым ТАПБ и последующее оперативное лечение выполнено в нашем центре.

Общеклиническое обследование, определение уровня тиреотропного и тиреоидных гормонов, антитиреоидных антител у 90% больных проведено на догоспитальном этапе в условиях поликлиник и эндокринологических стационаров.

Ультразвуковые исследования проводилось на ультразвуковом аппарате Toshiba Nemio XG SSA-580A (Япония) с использованием линейного датчика с частотой 8 МГц.

ТАПБ выполнялась методом «свободной руки» под контролем УЗИ с использованием шприцевой иглы 22G x 1½» (0,7x40 mm).

Цитологические исследования выполнены в лаборатории клинической иммунологии ГУ «ИНВХ им. В. К. Гусака НАМНУ». Препараты фиксировались метанолом и окрашивались смесью красителей Май-Грюнвальда и Романовского. Для микроскопии нативных и окрашенных препаратов применялся микроскоп Karl Zeiss Axiostar plus.

Патогистологическое исследование проводилось в отделении патанатомии ГУ «ИНВХ им. В. К. Гусака НАМНУ». Образцы резецированной ткани гистологически изучены в ходе операции с помощью криостатных срезов (интраоперационная экспресс-биопсия) и в послеоперационном периоде по окрашенным гематоксилином и эозином парафиновым срезам.

Показатель диагностической точности ТАПБ рассчитывали по формуле: $\text{Диагностическая точность} = 100 \times (\text{ИП} + \text{ИО}) / (\text{ИП} + \text{ИО} + \text{ЛП} + \text{ЛО})$,

где ИП – истинно положительный результат (подтвержденная злокачественность);

ИО – истинно отрицательный результат (подтвержденная доброкачественность);

ЛП – ложноположительный результат (неподтвержденная злокачественность);

ЛО – ложноотрицательный результат (неподтвержденная доброкачественность).

Диагноз ТАПБ, совпадающий с данными патогистологического заключения (ПГЗ) относили к истинно положительному и истинно отрицательному, а противоположный данным ПГЗ – к ложноположительному и ложноотрицательному. К неопределенным результатам относили цитологические заключения, как, например, «фолликулярная неоплазия», к неинформативным – когда количество клеточного материала было недостаточно для цитологического исследования.

Результаты и обсуждение

При гистологическом исследовании дифференцированные карциномы ЩЖ выявлены у 94 (19,2%) больных за счет 92 случаев (97,9%) папиллярной карциномы (ПКЩЖ) и 2 случаев (2,1%) – фолликулярной (ФКЩЖ).

Больные с ДКЩЖ (средний возраст $52,8 \pm 12,5$ лет, соотношение женщин и мужчин – 83:11) разделены на две группы. В первую группу вошли 28 (29,8%) больных с сочетанием ДКЩЖ и ТХ. Из них у 27 (28,7%) больных выявлено сочетание ПКЩЖ и ТХ и у 1 (1,1%) – сочетание ФКЩЖ и ТХ.

Во второй группе у 66 (70,2%) больных ПКЩЖ (65 (69,1%) больных) и ФКЩЖ (1 (1,1%) больной) выявлены на фоне морфологически неизменной ЩЖ или сочетались с другой тиреоидной патологией.

У 27 больных первой группы с гистологическим диагнозом ПКЩЖ и ТХ предоперационные результаты ТАПБ были следующими (варианты цитологических заключений объединены в близкие по значению группы):

- подозрение на папиллярную карциному ЩЖ на фоне тиреоидита – у 11 (40,7%);

- папиллярная карцинома ЩЖ на фоне тиреоидита – у 9 (33,3%);

- папиллярная карцинома ЩЖ – у 2 (7,4%);

- подозрение на папиллярную карциному ЩЖ – у 2 (7,4%);

- папиллярная карцинома ЩЖ с очаговой лимфоидной инфильтрацией – у 1 (3,7%);

- очаг лимфоцитарного тиреоидита – у 1 (3,7%);

- узловой зоб на фоне тиреоидита – у 1 (3,7%).

В двух случаях ложноотрицательного результата ТАПБ (неподтвержденная доброкачественность – очаг лимфоцитарного тиреоидита и узловой зоб на фоне тиреоидита) определяющая хирургическую тактику диагностическая информация получена с помощью УЗИ.

Таким образом, цитологический диагноз ПКЩЖ подтвердился у 25 из 27 больных первой группы, т.е. диагностическая точность ТАПБ составила 92,6%. Полное соответствие результатов ТАПБ и ПГЗ, т.е. сочетание ПКЩЖ и ТХ, подтвердилось лишь в 21 (77,8%) случае.

Варианты заключений ТАПБ у 65 больных с диагнозом ПКЩЖ без гистологического подтверждения ТХ (вторая группа):

- папиллярная карцинома ЩЖ – у 23 (35,4%);

- подозрение на папиллярную карциному ЩЖ – у 21 (32,3%);

- карцинома ЩЖ – у 11 (16,9%);

- подозрение на папиллярную карциному ЩЖ на фоне тиреоидита – у 3 (4,6%);

- папиллярная карцинома ЩЖ на фоне тиреоидита – у 2 (3,1%);

- узловой аденоматозный зоб – у 2 (3,1%);

- трудно дифференцировать между аденомой и карциномой ЩЖ – у 1 (1,5%);

- подозрение на гюртлеклеточную неоплазию на фоне тиреоидита – у 1 (1,5%);

- узловой зоб – у 1 (1,5%).

Диагностические показатели ТАПБ в этой группе были следующими: истинно положительные результаты (подтвержденная злокачественность) получены у 60 (92,3%) больных, ложноотрицательные (неподтвержденная доброкачественность) – у 3 (4,6%), неопределенные – у 2 (3,1%). Диагностическая точность ТАПБ составила 95,2%.

Гистологически фолликулярная карцинома ЩЖ была выявлена у 2 больных, из которых в 1 случае она сочеталась с тиреоидитом Хашимото. В обоих случаях результаты ТАПБ отнесены к категории неопределенных цитологических за-

ключений с формулировкой «фолликулярная неоплазия» и «трудно дифференцировать между аденомой и карциномой ЩЖ на фоне тиреоидита».

Выводы

1. Среди выявленных дифференцированных карцином ЩЖ их сочетание с тиреоидитом Хашимото составило 29,8% с преимущественным

преобладанием папиллярной карциномы ЩЖ.

2. Определена высокая диагностическая точность ТАПБ в отношении папиллярной карциномы ЩЖ как в сочетании с тиреоидитом Хашимото (92,6%), так и без его признаков (95,2%).

3. Соответствие цитологического и гистологического заключений при диагностике папиллярной карциномы ЩЖ в сочетании с тиреоидитом Хашимото определено лишь в 77,8% случаев.

Стаття надійшла до редакції: 04. 08. 2013

*А. Г. Попандопуло, Є. П. Корчагін, Д. А. Попандопуло, І. Ю. Ваганова, І. Г. Постолук,
С. А. Пашенко, Н. Б. Родіна*

*Інститут невідкладної і відновлювальної хірургії ім. В. К. Гусака НАМН України
Центр хірургії щитовидної залози, Донецьк*

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ КАРЦИНОМИ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ В ПОЄДНАННІ З ТИРЕОЇДИТОМ ХАШИМОТО: ЦИТО-ГІСТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ

Наведено ретроспективний аналіз цито-гістологічних досліджень 94 хворих оперованих в 2012 р. з приводу диференційованих карцином щитовидної залози. Дана оцінка тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії як методу діагностики диференційованих карцином щитовидної залози у поєднанні з тиреоїдитом Хашимото. Розглянуто варіанти цитологічних висновків, що використовуються в клінічній практиці.

Ключові слова: диференційовані карциноми щитовидної залози, тиреоїдит Хашимото, тонкоголкова аспіраційна пункційна біопсія.

*A. G. Popandopulo, E. P. Korchagin, D. A. Popandopulo, I. Yu. Vaganova, I. G. Postolyuk,
S. A. Paschenko, N. B. Rodina*

*Institute of Urgent and Rehabilitation Surgery. V. K. Gusak NAMS of Ukrain,
Center of surgery of thyroid gland, Donetsk*

DIFFERENTIAL THYROID CARCINOMAS IN COMBINATION WITH HASHIMOTO THYREOIDITIS: HISTOLOGIC ANALYSIS

It was made a retrospective analysis of cytohistologic studies carried out in the year 2012 of 94 patients after surgery concerning differentiated thyroid carcinomas. A fine-needle biopsy was estimated as a diagnostic method of differentiated thyroid carcinomas in combination with Hashimoto's thyroiditis. In the work were considered the variants of cytological reports used in clinical practice.

Keywords: differentiated thyroid carcinoma, Hashimoto's thyroiditis, fine-needle aspiration biopsy.