

А. Г. Попандопуло, Д. А. Попандопуло, Е. П. Корчагин, А. И. Бондаренко, И. Ю. Ваганова, С. А. Пащенко, Н. Б. Родина

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

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА МИКРОКАРЦИНОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Приведен ретроспективный анализ цито-гистологических исследований 94 больных оперированной микрокарциномой щитовидной железы – это ранняя стадия рака, поэтому необходим ее активный диагностический поиск. Микрокарцинома щитовидной железы, как правило, протекает скрыто и не имеет очевидных клинических проявлений. УЗИ щитовидной железы позволяет выявить и заподозрить злокачественную опухоль на ранних стадиях развития.

ТАПБ под контролем УЗИ – надежный способ дооперационной диагностики дифференцированной микрокарциномы щитовидной железы.

Ключевые слова: зоб, микрокарцинома щитовидная железа, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия.

Микрокарцинома щитовидной железы (опухоль размером до 1 см) представляет раннюю стадию злокачественного процесса и иногда может сразу приобретать агрессивное течение, проявляющееся в инвазивном росте и метастазировании (Семиков В. И., Шулутко А. М. 2005). Инвазия микрокарциномы в капсулу щитовидной железы обнаруживается у 4–10% больных (Лушников Е. Ф., 2003). Регионарные метастазы микрокарциномы обнаруживаются в 8,1% случаев (Привалов В. А., 2005). Гематогенные метастазы выявляются у 0,4–2,1% больных (Rassael H., 1998; Sugitani I., 1998).

Некоторые врачи, учитывая большую распространенность узлового зоба среди населения, предлагают больным с непальпируемыми узловыми образованиями щитовидной железы в размере до 1 см не проводить тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАПБ) под контролем УЗИ, а только наблюдать узел в динамике (Дедов И. И., 2003). Однако в настоящее время этот постулат пересматривался, как зарубежными, так и отечественными авторами. С точки зрения онкологов, длительное и необоснованное наблюдение за узловыми образованиями без применения современных диагностических методик становится причиной поздней диагностики рака щитовидной железы (Афанасьева З. А., 2005). Это приводит к диаметрально противоположным лечебно-диагностическим концепциям по отношению к непальпируемому узловым образованиям щитовидной железы. В результате активного диагностического поиска рак щитовидной железы выявляется на ранних стадиях, а бездействие или длительное и необоснованное наблюдение за пациентами с узловыми тиреоидными образованиями приводит к развитию запущенного

злокачественного процесса. Проблема ранней диагностики опухоли еще далека от полного решения. До 25,7–52,5% больных раком щитовидной железы госпитализируются для оперативного лечения на поздних III и IV стадиях заболевания (Демидов В. П. и соавт., 2004, Петрова Г. В. и соавт., 2007). Однако до настоящего времени не систематизирована ультразвуковая семиотика микрокарцином щитовидной железы. Продолжают обсуждаться ультразвуковые критерии опухолей диаметром до 1 см и показания к пункционной биопсии при непальпируемых образованиях щитовидной железы (Баженова Е. А., 2004, Демидов В. П. и соавт., 2004).

Остается дискуссионным вопрос об объеме операции при микрокарциноме щитовидной железы. Ряд хирургов настаивает на необходимости выполнения тиреоидэктомии (Ванушко В. Э., 2006, Doi S. et al., 2000). Другие считают, что можно ограничиться гемитиреоидэктомией (Амирова Н. М., Дубошина Т. Б., 2003, Демидчик Ю. Е., 2003, Shah J. P., 2003).

Цель исследования: отработка диагностических алгоритмов в диагностике микрокарцином щитовидной железы.

Материал и методы

На базе хирургического отделения ГУ «ИНВХ им. В. К. Гусака» АМНУ был открыт центр хирургии щитовидной железы. В 2012 г. в центре было проведено 2353 тонкоигольных пункционных биопсий щитовидной железы. Из них получен диагноз – микрокарцинома у 51 больного. Преимущественно это были женщины (99%). Средний возраст пациентов составлял 52 года. Из них в нашей клинике было прооперировано

23 пациента (45%). У всех диагноз подтвердился при окончательном гистологическом заключении. Остальные 55% больных были консультированы в других лечебных учреждениях. Вызывает тревогу тот факт, что не удалось отследить дальнейшую судьбу остальных больных, не оперированных в нашей клинике. Ультразвуковые исследования проводилось на ультразвуковом аппарате Toshiba NemioXGSSA-580A (Япония) с использованием линейного датчика с частотой 8 МГц. ТАПБ выполнялась методом «свободной руки» под контролем УЗИ с использованием шприцевой иглы 22Gx 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 KarlZeissAxiostarplus. 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.

Результаты и обсуждение

У 648 пациентов (27,5%) узлы были менее 1,0 см. Из них солитарных узлов было 105 (16,2%). Полинодозный зоб, с одним из узлов менее 1,0 см был выявлен у 543 больных (83,8%). У всех пациентов диагностировалась папиллярная микрокарцинома (100%). Полинодозный зоб + микрокарцинома был у 8 больных (15,7%). Микрокарцинома на фоне АИТ – у 15 пациентов (29,4%). Аденома+микрокарцинома – у 8 больных (15,7%). Микрокарцинома на фоне тиреоидита – у 9 больных (17,6%). На фоне кисты – у 1 больного (1,9%). Солитарный узел – у 10 пациентов (19,6%). Как видно, наиболее часто папиллярная микрокарцинома встречалась на фоне АИТ 29,4% и в солитарных узлах – 19,6%.

Как правило, все пациенты у которых диагностирована микрокарцинома щитовидной железы не имели никаких жалоб и клинических проявлений заболевания связанных с раком. Клиническая и лабораторная картина соответствовала фоновому заболеванию.

Независимо от размеров узла щитовидной железы, при УЗИ-признаках, таких, как нечеткость, неровность контуров узла, наличие

микрокальцинатов, неоднородность узла, гипоэхогенность, когда узел приподнимает капсулу железы, а так же узлы с локализацией в перешейке, и особенно молодой возраст пациента, должны насторожить врача, и предложить пациенту выполнить ТАПБ.

Мы убедились в том, что технически под контролем УЗИ это выполнить не трудно (специалисту, который имеет достаточный опыт проведения малоинвазивных процедур). При получении цитологического заключения-микрокарцинома, такой больной должен быть направлен на консультацию к хирургу-тиреологу. Специалист должен предложить пациенту оперативное лечение (операцией выбора является тотальная тиреоидэктомия – рекомендации европейского консенсуса эндокринных хирургов), и обязательно с интраоперационной экспресс-диагностикой.

При окончательной морфологической верификации карциномы (1 этап – ТАПБ, 2 этап – интраоперационная экспресс-диагностика, 3 этап – окончательная гистологическая проводка узла) в дальнейшем назначение радиодтерапии не проводится, ввиду очень низкой частотой рецидива рака.

В послеоперационном периоде такие больные должны быть: консультированы эндокринологом, для назначения заместительной гормональной терапии; стать на учет к онкологам; проходить УЗИ контроль для выявления возможных метастазов; сдать кровь на ТТГ и антитела к ТТГ приблизительно через 1,5 мес. после оперативного вмешательства.

Выводы

Для верификации характера процесса узловые образования щитовидной железы любого размера подозрительные по данным УЗИ на злокачественную опухоль следует подвергать ТАПБ под контролем УЗИ. ТАПБ является высокоинформативным методом, позволяющим решить вопрос о целесообразности оперативного лечения узлового зоба. Ошибочной показывает себя тактика выжидания пока узел не подрастет. Мы придерживаемся основ, что микрорак является начальной стадией стандартного рака и соответственно вне зависимости от размера, тактика ведения таких пациентов должна быть единой – основным этапом, является максимально раннее выполнение оперативного вмешательства. Лечение больных с микрокарциномой, подразумевает только лишь 1 этап – оперативный (тотальная тиреоидэктомия), что значительно сокращает затраты пациента на лечение (отмена радиодтерапии).

*А. Г. Попандопуло, Д. А. Попандопуло, Є. П. Корчагін, А. І. Бондаренко, І. Ю. Ваганова,
С. А. Пащенко, Н. Б. Родіна*
Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В. К. Гусака НАМН України
Центр хірургії щитовидної залози, Донецьк

СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА МІКРОКАРЦИНОМ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Мікрокарцинома щитовидної залози – це рання стадія раку, тому необхідний її активний діагностичний пошук. Мікрокарцинома щитовидної залози, як правило, протікає приховано і не має очевидних клінічних проявів. УЗД щитовидної залози дозволяє виявити і запідозрити злоякісну пухлину на ранніх стадіях розвитку. ТАПБ під контролем УЗД – надійний спосіб доопераційної діагностики диференційованої мікрокарциноми щитовидної залози.

Ключові слова: зоб, мікрокарцинома, щитовидна залоза, тонкоголкува аспіраційна пункційна біопсія.

*A. G. Popandopulo, D. A. Popandopulo, E. P. Korchagin, A. I. Bondarenko, I. Yu. Vaganova,
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

THE MODERN DIAGNOSTICS OF THYROID MICROCARCINOMAS

The microcarcinoma of a thyroid gland is an early stage of a cancer therefore its active diagnostic search is necessary. The microcarcinoma of a thyroid gland, as a rule, proceeds is hidden and has no obvious clinical manifestations. Ultrasonography of a thyroid gland allows to reveal and suspect a malignant tumor at early stages of development. FNAB under ultrasonography control – a reliable way of presurgical diagnostics of the differentiated microcarcinoma of a thyroid gland.

Keywords: zob, thyroid microcarcinoma, fine-needle aspiration biopsy.