

Е. И. Соколова, А. И. Левина, Ю. К. Александров, С. В. Александрова
 Ярославская государственная медицинская академия

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ МИКРОКАРЦИНОМАХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Представлен анализ результатов комплексного исследования (ультразвуковое исследование + цитологическое исследование) у 153 пациентов с субсантиметровыми узлами щитовидной железы (ЩЖ). Данные патоморфологического, цитологического и ультразвукового заключений были сопоставлены, оценена точность, чувствительность и специфичность УЗИ и ТАПБ под контролем УЗИ в диагностике субсантиметровых узлов ЩЖ, в частности микрокарцином. Определены ошибки цитологической и ультразвуковой диагностики микрокарцином ЩЖ.

Ключевые слова: щитовидная железа, микрокарцинома, тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАПБ), ультразвуковое исследование (УЗИ), цитологическое исследование, гистологическое исследование.

Вопросы выбора лечебной тактики при очаговых образованиях щитовидной железы (ЩЖ) находятся в поле зрения врачей различных специальностей. Ключевым моментом при выборе лечебной тактики является морфологическая структура узлов. В связи с этим дискуссионным является вопрос о тактике при узловых образованиях ЩЖ менее 10 мм в диаметре. Дискриминационный подход, ориентированный на данные ультразвукового исследования (И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, 2008) не учитывает высокую операторозависимость и аппаратозависимость метода УЗИ. Кроме того, достоверные ультразвуковые критерии опухолей ЩЖ отсутствуют (А. Н. Сенча, 2010). Основным доводом при отказе от исследования узлов менее 10 мм в диаметре является их «малая клиническая значимость» и высокая вероятность диагностической ошибки (В. Э. Ванушко, 2011).

Цель исследования: установление причин диагностических ошибок на дооперационном этапе у пациентов с субсантиметровыми узлами щитовидной железы.

Материал и методы

Проведен анализ результатов комплексного исследования (ультразвуковое исследование + цитологическое исследование) у 153 пациентов с субсантиметровыми узлами ЩЖ. Размеры узлов не превышали 10 мм по максимальному диаметру. Все оперированы по различным показаниям (наличие опухоли, многоузловой токсический зоб и др.).

При отборе пациентов для ТАПБ учитывали данные УЗИ. Для комплексной оценки эхографических признаков использованы ультразвуковые симптомокомплексы, предложенные А. М. Шулуто, В. И. Семиковым и П. С. Ветшевым (2011) и ультразвуковые модели, (С. И. Ма-

тяжук с соавт., 2011) патогномоничные для микрокарцином и фолликулярных аденом ЩЖ.

Основываясь на данных УЗИ, в первую очередь ТАПБ выполняли при узлах с признаками: гипоехогенные, имеющие неровные и/или нечеткие контуры, с хаотическим строением сосудов в узле, с наличием кальцинатов и при неправильной неокруглой форме узла, с изменениями в лимфатических узлах шеи.

У 25 обследованных узлов ЩЖ были изоэхогенными, у 60 имели ровные, правильные контуры, у 16 ободок «хало», то есть у них отсутствовали признаки, «характерные» для рака ЩЖ. Показания для выполнения ТАПБ у этих больных формировались исходя из принципа «онкологической настороженности». ТАПБ в обязательном порядке выполнялась пациентам с субсантиметровыми узлами при наличии у них в анамнезе операций по поводу опухолей ЩЖ (аденом и рака), операций по поводу опухолей другой локализации, при наличии в анамнезе облучения, семейного анамнеза. Абсолютным клиническим показанием для ТАПБ было наличие плотного, малоподвижного при пальпации узла (чаще в области перешейка). Безусловным показанием для ТАПБ были данные о динамике роста узла по данным УЗИ.

Были сопоставлены данные патоморфологического, цитологического и ультразвукового заключений. На основании чего, были рассчитаны стандартизированные показатели чувствительности, специфичности, точности.

Результаты и обсуждение

Точное заключение при УЗИ на дооперационном этапе сформулировано в 129 случаях (84,3%), ошибочная трактовка ультразвуковой картины отмечена при оценке 24 узлов ЩЖ (15,7%), при этом ложноположительные результаты получе-

ны в 7 случаях (4,5%), ложноотрицательные в 17 (11,2%). Чувствительность УЗИ при субсантиметровых узлах ЩЖ составила 85,1%, а специфичность – 82%. Наибольшее число расхождений между формулировками протоколов УЗИ и гистологическими заключениями получено при следующих УЗ-симптомокомплексах – гипоехогенное или изоэхогенное образование с четкими ровными контурами. Эти УЗ-симптомокомплекс представляет наибольшие сложности для диагностики (65 пациентов). Определяющим признаком является четкость контуров узлового образования. Такая ультразвуковая картина наблюдалась при узловом коллоидном зобе (28 пациентов, 43,1%), фолликулярной аденоме (21 пациент, 32,3%), инкапсулированном варианте папиллярного рака ЩЖ (16 пациентов, 24,6%).

При сопоставлении данных цитологического материала, полученного при ТАПБ субсантиметровых узлов под контролем УЗИ, и патоморфологических исследований операционного материала у 114 пациентов с верифицированным раком щитовидной железы (РЩЖ) установлено, что данные цитологического исследования (папиллярный, медуллярный или фолликулярный РЩЖ) соответствовали гистологическим в 98 случаях (86%). Подозрение на папиллярный РЩЖ при цитологическом исследовании установлено в 6 случаях. При гистологическом исследовании у 3 больных из этой группы верифицирован РЩЖ. Таким образом, у 101 больного отмечено совпадение гистологического и цитологического диагнозов, у 13 получены ложноотрицательные результаты.

Чувствительность ТАПБ при РЩЖ в субсантиметровых узлах ЩЖ составила 88,6%, ложноотрицательные результаты – в 11,4%: в 7% случаев при цитологическом исследовании был поставлен диагноз фолликулярной опухоли ЩЖ, в 4,4% – коллоидный и клеточный зоб с элементами АИТ.

У 39 больных при исследовании операционного препарата злокачественная опухоль не была выявлена. Из этой группы больных на дооперационном этапе при цитологическом исследовании диагноз РЩЖ отвергнут в 33 случаях, в 6 цитологический диагноз РЩЖ подтвержден не был, то есть были ложноположительные результаты.

Специфичность ТАПБ при РЩЖ в субсантиметровых доброкачественных узлах ЩЖ составила 84,6%, ложноположительные результаты – 15,4% (в 7,7% при гистологическом исследовании установлен узловой зоб и 7,7% случаев – аденома щитовидной железы).

Общая диагностическая точность ТАПБ в проводимом исследовании в диагностике микрокарцином щитовидной железы составила 87,6%.

Цитологическое заключение «фолликулярная опухоль» получено в 34 случаях: в 16 – «фолликулярная опухоль, вероятно атипиче-

ская аденома», в 17 – «фолликулярная опухоль, вероятно В-клеточная аденома», в 1 – «фолликулярная опухоль, вероятно рак». Совпадение диагнозов имело место в 25 случаях (11 заключений – «фолликулярная опухоль, вероятно атипическая аденома», 14 – «фолликулярная опухоль, вероятно В-клеточная аденома»), т. е. было получено патогистологическое заключение «аденома щитовидной железы» (73,5%). Расхождение диагнозов получено в 9 случаях (23,5%) (5 – «фолликулярная опухоль, вероятно атипическая аденома», 3 – «фолликулярная опухоль, вероятно В-клеточная аденома» и 1 – «фолликулярная опухоль, вероятно рак»). Из них гистологическое заключение «рак щитовидной железы» получено в 8, а «узловой зоб» – в 1.

Даже при цитологическом заключении о наличии коллоидного зоба у 5 из 12 пациентов верифицирован РЩЖ (у всех гистологическое заключение совпало с заключением протокола УЗИ).

Ошибки цитологической диагностики опухолей ЩЖ связаны с объективными причинами. Правильно установить диагноз микрокарциномы удавалось в первую очередь при солидных образованиях. На фоне многоузлового зоба чувствительность метода в диагностике РЩЖ снижается. В 5 наблюдениях при множественных узлах ЩЖ цитологически диагностирован коллоидный зоб и клеточный зоб с элементами АИТ. В 8 наблюдениях поставлен цитологический диагноз фолликулярной опухоли (вероятно аденомы). Чаще всего ошибки встречались при множественных коллоидных узлах больших размеров (более 20 мм), которые «маскировали» злокачественную опухоль.

Полученные данные показывают, что клиническая роль и место современной УЗ-диагностики в системе дооперационной диагностики субсантиметровых узлов ЩЖ сводится к их выявлению, определению количества и локализации. Вместе с тем, современные визуализирующие методы не позволяют оценить доброкачественность узла ЩЖ, так как абсолютные сонографические признаки РЩЖ, аденом ЩЖ и коллоидного зоба отсутствуют. Попытки сформировать диагностические ультразвуковые «шаблоны» приводят к ложноположительным и ложноотрицательным результатам. Нужно также принимать в расчет операторозависимость и аппаратозависимость УЗИ. Таким образом, наличие любого узла в ЩЖ, доступного для пункции, является показанием для ТАПБ. Якобы «мотивированный» отказ от попытки морфологической верификации из-за малого размера узла приводит к немотивированному отказу от хирургического лечения при РЩЖ T1N0M0, которое дает максимальный эффект и определяет дальнейшее качество жизни.

При цитологической диагностике имеется возможность неоднозначной интерпретации по-

лученного клеточного матеріала. Крім того, існує ймовірність отримання неінформативного або малоінформативного матеріала. Іноді правильно оцінити матеріал може лише досвідчений цитолог. Отримання інформативного матеріала при субсантиметрових вузлах ЩЗ залежить і від узгоджених дій лікаря УЗД і хірурга, і правильності вибору вузлів, які необхідно пунктувати в першу чергу.

Висновки

При порівнянні діагностичної точності ехографії та ТАПБ, виявлені близькі результа-

ти (84,3% і 87,6%) відповідно. Таким чином, діагностичні методи (УЗД щитовидної залози та ТАПБ з наступним цитологічним дослідженням) окремо мають свої «сильні» і «слабкі» сторони, але «слабкі» одного методу можуть бути компенсовані діагностичними можливостями іншого. Методи не антагоністичні, а, навпаки, доповнюють один одного. Для ранньої діагностики РЩЗ в субсантиметрових вузлах комплексна оцінка результатів УЗД і ТАПБ є найбільш оптимальною доопераційною оцінкою вузлів, з якою пов'язано рішення питання про необхідність оперативного втручання.

Стаття надійшла до редакції: 25. 07. 2013

*Є. І. Соколова, А. І. Левіна, Ю. К. Александров, С. В. Александрова
Ярославська державна медична академія*

ДІАГНОСТИЧНІ ПОМИЛКИ ПРИ МІКРОКАРЦИНОМІ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Представлено аналіз результатів комплексного дослідження (ультразвукове дослідження + цитологічне дослідження) у 153 пацієнтів з субсантиметровими вузлами щитовидної залози (ЩЗ). Дані патоморфологічного, цитологічного та ультразвукового висновків були зіставлені, оцінена точність, чутливість і специфічність УЗД і ТАПБ під контролем УЗД в діагностиці субсантиметрових вузлів ЩЗ, зокрема мікрокарцином. Визначено помилки цитологічної та ультразвукової діагностики мікрокарцином ЩЗ.

Ключові слова: щитовидна залоза, мікрокарцинома, тонкогільна аспіраційна біопсія (ТАПБ), ультразвукове дослідження (УЗД), цитологічне дослідження, гістологічне дослідження.

*E. I. Sokolova, A. I. Levina, Yu. K. Alexandrov, S. V. Alexandrova
Yaroslavl State Medical Academy*

DIAGNOSTIC ERRORS OF THE THYROID MICROCARCINOMAS

The results of complex investigation of 153 patients with infracentimetric nodules of a thyroid gland (ultrasound investigation + cytological investigation) are presented in the article. The results of histological investigation, cytological investigation and ultrasound investigation were compared. The accuracy, sensitivity and specificity of ultrasound investigation and fine-needle aspiration biopsy under ultrasound control in diagnostic of infracentimetric nodules and microcarcinomas are estimated. Errors of cytological and ultrasound investigation of microcarcinomas were defined.

Keywords: thyroid gland, microcarcinomas, fine-needle aspiration biopsy (FNAB), ultrasound investigation (US), cytological investigation, histological investigation.