

Полученные данные подчеркивают наличие связи между состоянием воспринимающего звена системы формирования СДС и его параметрами. Представляется целесообразным в дальнейших исследованиях оценить эту взаимосвязь с учетом врожденных качеств нервной системы и влияния на процесс формирования СДС различных функциональных состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурская Э. В. Параметры сердечно-дыхательного синхронизма в зависимости от типа личности у военнослужащих по призыву в первый месяц службы // Вопросы теоретической медицины: Сб. науч. тр., посвящ. 85-летию со дня основания Краснодарского военного госпиталя. – Краснодар, 2006. – С. 225–230.
2. Дурбанов С. А. Комплексная оценка степени реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, на амбулаторных этапах / С. А. Дурбанов, В. В. Макухин, В. Г. Трегубов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2005. – № 3–4. – С. 83–86.
3. Куценко И. И. Оценка состояния регуляторно-адаптивных систем организма при внутреннем эндометриозе с использованием пробы сердечно-дыхательного синхронизма / И. И. Куценко, В. А. Хорольский, А. Е. Лузум, М. Н. Кубанцева // Успехи современного естествознания. – 2003. – № 1. – С. 311–313.
4. Лапина Н. В. Проба сердечно-дыхательного синхронизма в прогнозировании эффективности ортопедического лечения у стоматологических больных с гиперацидным гастритом // Инновационные направления в теории и практике стоматологии: Сб. науч. тр. – Краснодар, 2009. – С. 57–65.
5. Лосев Н. И. Некоторые механизмы функциональных связей кровообращения и дыхания в норме и в критических состояниях

организма // Патологическая физиология сердечно-сосудистой системы. – Тбилиси, 1964. – Т. 1. – С. 281–283.

6. Лоскутова Т. Д. Оценка функционального состояния центральной нервной системы по параметрам простой двигательной реакции // Физиол. журн. СССР. – Т. 61, № 1. – С. 3–12.
7. Мингалеева Е. А. Оценка эффективности лечения больных с частичным отсутствием зубов и деформациями челюстей по показателям функционального состояния пациентов // Кубан. науч. мед. вестн. – 2006. – № 9. – С. 113–116.
8. Мороз М. П. Экспресс-диагностика функционального состояния и работоспособности человека. – СПб: ИМАТОН, 2003. – 38 с.
9. Покровский В. М. Импульсная активность нейронов продолговатого мозга, связанная с сердечным и дыхательным ритмами / В. М. Покровский, М. А. Боброва // Физиол. журн. [Укр.] – 1986. – Т. 32, № 1. – С. 98–102.
10. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм: новые методологические и методические возможности оценки уровня адаптации / В. М. Покровский, С. В. Полищук, Р. В. Горбунов, Э. В. Гурская // Физиологические проблемы адаптации: Сб. науч. ст. – Ставрополь, 2008. – С. 141–143.
11. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивных возможностей организма / Под ред. В. М. Покровского. – Краснодар, 2010. – 243 с.
12. Koepchen H. P. Respiratori and cardiovascular «centeres» functional entirety or separate structures // Central neurone environment and the control systems of breathing and circulation. – Berlin: Springer, 1983. – P. 221–237.

Поступила 15.09.2010

Е. В. РЯБЧЕНКО

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ФОРМ ЗОБА

Отделение эндокринной хирургии

*Краснодарского муниципального лечебно-диагностического объединения,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2, тел. 8-918-462-68-52. E-mail: rev75@list.ru*

Анализируемый материал представлен 717 пациентами, которым была выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия. Показания и выбор объема оперативного вмешательства строились с учетом цитологической структуры, распространенности патологического процесса в щитовидной железе, ее функции и необходимости соблюдения принципов радикальности. Ранние формы рака щитовидной железы далеко не всегда выявляются даже современными инструментальными методами. Определение тактики в хирургии очаговых образований щитовидной железы должно основываться на комплексе всех имеющихся клинических данных.

Ключевые слова: тонкоигольная аспирация, рак щитовидной железы.

E. V. RAYBCHENKO

DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF NODULAR FORMS OF GOITER

*Krasnodar municipal medicinal-diagnostic association, department of endocrinological surgery,
Russia, 350012, Krasnodar, st. Red partisan, 6/2, tel. 8-918-462-68-52. E-mail: rev75@list.ru*

The analyzed material is presented 717 patients who underwent fine needle aspiration biopsy. Indications and choice of surgical intervention builds on the cytological structure, the prevalence of pathological process in the thyroid gland, its function and the need to respect the principles of radicality. Early forms of thyroid cancer is not always detected even with modern instrumental methods. Defining tactics in surgery of foci of thyroid cancer should be based on a set of all available clinical data.

Key words: needle aspiration, thyroid cancer.

Внедрение в последние годы современных методов дооперационной диагностики заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) [2] показало несостоятельность существовавшей ранее тактики обязательного удаления всех узловых образований этого органа. При определении показаний к операции и выборе ее объема необходимо четко представлять, что речь идет о многочисленной группе больных, в том числе трудоспособного возраста [5]. Число таких больных прогрессивно растет. Причиной этого являются как ухудшение общей экологической обстановки, так и улучшение выявляемости узлов щитовидной железы. Так, внедрение в клиническую практику современных ультразвуковых диагностических методов исследования (УЗИ) [1] позволило обнаруживать в ЩЖ и непальпируемые образования. В результате частота выявления узловых образований у «здоровых» пациентов достигла 10–40%. Поэтому взвешенная тактика по отношению к этой группе больных сегодня особенно важна. Современные методы диагностики [4] расширяют возможности уточнением характера процесса до операции и создают условия для разумного ограничения показаний к хирургическому вмешательству по поводу зоба и уменьшению его объема. Принципиально тактическая установка должна быть направлена на максимальное использование всех возможностей дооперационных методов исследования.

Целью данного исследования стала выработка оптимальной тактики хирургического лечения больных с узловыми образованиями ЩЖ. Уточнить диагноз заболевания во многих ситуациях помогает тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) [3], особенно в сочетании с ультразвуковым контролем положения иглы. Однако ее эффективность значительно снижается при наличии в щитовидной железе множественных узловых образований и по мере увеличения размеров узла. Неуклонный рост заболеваемости раком щитовидной железы [6] заставляет искать новые пути выявления ранних его форм и совершенствовать тактику обследования и лечения узловых образований щитовидной железы.

Для диагностики узловых образований в щитовидной железе и определения их природы использовали УЗИ и ТАБ с цитологическим исследованием пунктата.

Анализируемый материал представлен 717 пациентами, которым была выполнена ТАБ. Размеры узлов у большинства больных превышали 1,0 см. Часто это были непальпируемые – случайно выявленные узловые образования (инсиденталомы).

Морфологический материал, полученный при ТАБ, делили на четыре категории. Цитологическая картина узловых образований, полученная при ТАБ, представлена на диаграмме.

Доброкачественные изменения – группа больных (70,4%), включающая в себя многочисленные варианты доброкачественной гиперплазии, тиреоидиты и нормальную ЩЖ. Пациенты с доброкачественными цитологическими изменениями в ЩЖ подлежали наблюдению и лечению у эндокринолога, за исключением ситуаций, связанных с наличием иных показаний к операции (компрессия органов шеи, узловой зоб с явлениями тиреотоксикоза, выраженный косметический дефект шеи, наличие факторов риска рака щитовидной железы и др.).

Злокачественные изменения, выявленные у 1,07% больных, были абсолютным показанием для хирургического вмешательства.

Изменения, подозрительные на злокачественные, составили 3,16%. В эту группу включали и фолликулярные, и гюртклеточные опухоли ЩЖ. Выделение этой группы свидетельствует об ограниченных возможностях ТАБ в диагностике некоторых новообразований ЩЖ. Как известно, фолликулярной аденомой называют опухоль фолликулярного строения без характерных для фолликулярного рака признаков инвазии капсулы и (или) сосудов. Цитологическое исследование не позволяет отличить фолликулярную аденому от фолликулярного рака. Именно поэтому их объединяют в одну цитологическую категорию (фолликулярную опухоль). При такой цитологической картине показано оперативное лечение.

Не достаточный для цитологического исследования материал обнаружен у 25,1% больных. Как показывает

Цитологическая картина узловых образований



Диаграмма

Гистологические заключения у больных с цитологическим диагнозом «фолликулярная опухоль»

ТАБ	Фолликулярная опухоль
Гистология	
Фолликулярная аденома	10 (47,6%)
Фолликулярный рак	3 (14,3%)
Фолликулярно-папиллярный рак	2 (9,5%)
Папиллярный рак	1 (4,8%)
Токсическая аденома	1 (4,8%)
Коллоидный зоб	2 (9,5%)
Аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием	2 (9,5%)
Всего	21

опыт, недостаточными аспираты чаще всего бывают при пункции кистозно-измененных, хорошо кровоснабжаемых и кальцинированных узлов. Пациентам этой группы ТАБ выполнялись повторно до информативного результата. С накоплением опыта частота неинформативных результатов снижена в 2,6 раза.

Отрицательный результат при цитологическом исследовании пунктата не всегда служил убедительным доказательством отсутствия злокачественного роста. Наибольшее число диагностических ошибок ультразвукового сканирования и тонкоигольной аспирационной биопсии приходилось на группу пациентов, у которых имеется аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием, а также многоузловой зоб. У ряда больных при полинодозном зобе далеко не всегда удавалось получить биоптат, отражающий истинный клеточный состав всех узлов. При пункции материал порой получали из дегенеративно-измененного участка, и результат тонкоигольной аспирационной биопсии расценивали как неинформативный. В ряде случаев, даже при получении необходимого цитологического материала, возникали определенные сложности в его оценке. Так, если папиллярный, медуллярный рак при цитологическом исследовании выявляется с достаточно высокой степенью достоверности, то отличить фолликулярную форму рака от аденомы из фолликулярных клеток крайне сложно.

Выбор объема оперативного вмешательства на щитовидной железе со злокачественными изменениями строился с учетом морфологической структуры, распространенности патологического процесса в железе, ее функции и необходимости соблюдения принципов радикальности. В группе больных, оперированных в связи с тем, что, по данным ТАБ, выявлена фолликулярная опухоль или рак щитовидной железы, при послеоперационном морфологическом исследовании диагностированы различные заболевания щитовидной железы.

При сопоставлении данных ТАБ и данных послеоперационного ПГИ выявлено: среди диагностированного цитологически папиллярного рака в двух клинических случаях он подтвердился гистологически в обоих случаях. При верификации фолликулярно-папиллярного рака в семи случаях гистологическая картина выглядела так: фолликулярно-папиллярный рак подтвердился в четырех случаях, в одном случае выявлен фолликулярный рак, и в двух случаях диагноз рака не подтвердился (выявлены токсическая аденома и узловатая форма аутоиммунного

тиреоидита). Еще 21 пациент оперирован в связи с тем, что, по данным ТАБ, имел место диагноз «фолликулярная опухоль». При послеоперационном морфологическом исследовании диагностированы различные заболевания щитовидной железы. Эти данные представлены в таблице.

Следовательно, у 28,6% больных с цитологическими признаками фолликулярной неоплазмы при последующем гистологическом исследовании был подтвержден диагноз злокачественной опухоли. Во всех остальных наблюдениях имели место различные доброкачественные формы зоба. Фолликулярные аденомы встретились у 47,6% больных, оперированных с цитологической картиной «фолликулярная опухоль».

Во всех случаях оперативного лечения узловатого зоба при одностороннем поражении удаленную ткань щитовидной железы направляли на экспресс-диагностику и операцию заканчивали только после получения результатов срочного гистологического исследования. Объем операции при раке определяли исходя из гистологического типа узла, агрессивности опухоли и ее распространенности. При папиллярной карциноме, фолликулярном раке и более распространенной папиллярной карциноме выполняли тиреоидэктомию с удалением клетчатки с лимфоузлами VI зоны шеи с обеих сторон.

Сопоставление данных ТАБ с результатами окончательного гистологического исследования тканей, удаленных во время операции, показало, что данный метод является довольно чувствительным и специфичным в диагностике природы очаговых поражений щитовидной железы. Однако благоприятный результат при цитологическом исследовании пунктата не всегда служил убедительным доказательством отсутствия злокачественного роста. Клинический опыт показывает, что ранние формы рака щитовидной железы до настоящего времени далеко не всегда выявляются даже современными инструментальными методами. Даже тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием полученного материала до сих пор не может окончательно решить проблему ранней диагностики карциномы щитовидной железы. Благоприятный результат цитологического исследования пунктата щитовидной железы, представляющего собой лишь отдельные клетки или их скопления, не всегда может служить решающим критерием для отказа от хирургического вмеша-

тельства. Независимо от результатов цитологического исследования при наличии клинических признаков злокачественной трансформации следует добиваться хирургического лечения и гистологического уточнения диагноза.

Пункционная биопсия является необходимым, но не абсолютно информативным методом исследования. Ориентироваться на нее как на единственный метод, определяющий тактику лечения больных, нельзя даже при значительном опыте цитолога. Определение тактики в хирургии очаговых образований щитовидной железы должно основываться на комплексе всех имеющихся клинических данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюм М. Ультразвуковое исследование области шеи у больных раком щитовидной железы // Блюм: реферативный сборник «Клиническая эндокринология». – М., 2006. – № 5. – С. 1–10.

2. Бубнов А. Н., Кузьмичев А. С., Гринеева Е. Н., Трунин Е. М. Заболевания щитовидной железы. – СПб, 2002. – 108 с.

3. Ветшев П. С., Шкроб О. С., Чилингариди К. Е. Тонкоигольная аспирационная биопсия солитарных образований щитовидной железы // Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 34–37.

4. Кузнецов Н. С. Оптимальный диагностический комплекс в выборе объема хирургического вмешательства при узловых эутиреоидных образованиях щитовидной железы // В кн.: «Лечение и профилактика эутиреоидного зоба». – М., 1997. – С. 32–39.

5. Фадеев В. В. Новые рекомендации Американской ассоциации клинических эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба // Клиническая и экспериментальная тиреодология. – 2006. – Т. 2, № 2. – С. 15–21.

6. Ioan D. A., Schwark R. W., McGrath P. C., Kenady D. E. Curr. Opin. Oncol. – 1995. – Vol. 7, № 1. – P. 47–55.

Поступила 01.10.2010

Е. В. РЯБЧЕНКО

ОЦЕНКА ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВОГО ЗОБА

Отделение эндокринной хирургии

Краснодарского муниципального лечебно-диагностического объединения, Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2, тел. 8-918-462-68-52.

E-mail: rev75@list.ru

Анализируемый материал представлен 516 пациентами с узловыми образованиями щитовидной железы, которым была выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия. Сопоставление данных цитологического исследования с результатами срочного гистологического исследования тканей, удаленных во время операции, показало, что данный метод является довольно чувствительным и специфичным в диагностике узловых поражений щитовидной железы.

Ключевые слова: тонкоигольная аспирация, гистологическая идентификация.

E. V. RYBCHENKO

DIAGNOSTIC RESULTS OF CYTOLOGICAL AND HISTOLOGICAL METHOD NODULE GOITER

Krasnodar municipal medicinal-diagnostic association, department of endocrinological surgery, Russia, 350012, Krasnodar, st. Red partisan, 6/2, tel. 8-918-462-68-52. E-mail: rev75@list.ru

The analyzed material is presented 516 patients with thyroid nodules who underwent fine needle aspiration biopsy. Comparison of data with the results of cytological examination urgent histological tissue, removed during surgery, showed that this method is quite sensitive and specific in the diagnosis of nodular lesions of the thyroid gland.

Key words: needle aspiration, histological identification.

Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о неуклонном росте частоты заболеваний щитовидной железы [1, 2]. Установлено, что при массовых обследованиях узловые образования выявляются у 15–22% населения. Отмечен существенный повсеместный рост неопластических поражений [5], что связано как с расширением диагностических возможностей в тиреодологии, так и с ухудшением экологической ситуации в последние годы. Так, по данным ВОЗ, заболеваемость раком щитовидной железы за последние 10 лет увеличилась в 2 раза. Неуклонный рост заболеваемости раком щитовидной железы заставляет совершенствовать пути выявления ранних

форм рака и тактику обследования и лечения узловых образований щитовидной железы [6]. Цитологическая диагностика узловых образований щитовидной железы стала золотым стандартом в их диагностике и определении тактики лечения [3, 4].

Целью данного исследования является оценка цитологического и срочного гистологического исследований, определяющих тактику хирурга. Так как интерпретация данных этих исследований при многоузловом зобе часто затруднена, в него включены пациенты с одиночными узлами.

Ретроспективному анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 516 пациентов,