

Точность КТ в оценке распространенности РТК, по данным разных авторов, составляет 79%, чувствительность — 74%, специфичность — 92%. Мы пока не располагаем достаточным количеством наблюдений для подобных обобщений, данная проблема требует дальнейшей разработки.

В соответствии с результатами исследования в большинстве случаев была осуществлена коррекция лечения, что способствовало повышению его эффективности.

Заключение

Результаты морфологической верификации данных КТ с болюсным контрастированием свидетельствуют о том, что метод обладает достаточно высокими показателями диагностической эффективности в уточнение стадии Т. В частности, КТ наиболее эффективна при местно-распространен-

ных опухолях толстой кишки, осложненных стенозом органа. Следует отметить преимущество КТ перед другими методами обследования больных, связанное с ее возможностью выявлять осложнения опухолевого процесса. КТ помогает диагностировать редкие, но имеющие место внутритазовые и околотазовые абсцессы вследствие перфорации опухоли. Улучшает диагностику поражения хирургически значимых сосудов.

Опыт клинического применения КТ при раке толстой кишки позволяет сделать выводы о высокой ее информативности в оценке распространенности опухолевого процесса, а также выявления ближайших и отдаленных метастазов и рекомендовать КТ в комплексе с другими методами исследования для выбора оптимальной тактики лечения.

Диагностика и лечение аденом щитовидной железы

ХАМИДУЛЛИН Р.Г., ЧЕРНЫШЕВ В.А., ЗИНЧЕНКО С.В.
Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Одной из проблем эндокринной хирургии являются вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения доброкачественных опухолей ЩЖ — аденом из фолликулярных клеток, которые нередко скрываются по «маске» узлового зоба. Фолликулярная аденома (ФА) — доброкачественная инкапсулированная опухоль ЩЖ, возникающая из А- и В-клеток ЩЖ. Парафолликулярные или С-клетки не участвуют в формировании аденом ЩЖ, а являются источником С-клеточных аденокарцином и медуллярного рака. По отношению ко всем узловым образованиям ЩЖ ФА встречаются в соотношении 1:10.

Выделяют следующие гистологические типы ФА ЩЖ (МКБ-10, ВОЗ, 1995): фолликулярная аденома, микрофолликулярная аденома, макрофолликулярная аденома. Многие морфологи различают следующие варианты ФА: трабекулярная (эмбриональная) аденома, микрофолликулярная (фетальная) аденома, коллоидная (простая) аденома, онкоцитарная (В-клеточная) аденома, аденома с папиллярной гиперплазией, гиперфункционирующая («токсическая») аденома, атипичная (гиперцеллюлярная) аденома.

Как правило, ФА имеет тенденцию к медленному росту внутри капсулы в течении многих лет. Со временем развивается фиброзная капсула и аденома становится более плотной по сравнению с тканью железы. В редких случаях возникшее в опухолевом узле спонтанное кровоизлияние может вызвать увеличение размеров узла, местную болезненность и напряжение. Клинически весьма сложно отличить аденому ЩЖ от других узловых образований. В типичных случаях аденома пальпируется как округлое подвижное солитарное образование. Фиксация узла к мышцам шеи или трахее нередко свидетельствует о малигнизации аденомы.

УЗИ ФА характеризуется наличием узлового образования округлой или овальной формы с четкими контурами, умеренно гипозоногенной структуры. Мнения авторов о наличии гипозоногенного венчика при ФА ЩЖ различны, ряд исследователей отмечают схожую ультразвуковую картину при раке ЩЖ и ФА.

Одним из важнейших методов в дооперационной диагностике ФА является тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ). ТАБ с ультразвуковым наведением существенно повышает диагностические возможности этого метода при узловых образованиях ЩЖ.

Основным методом морфологической верификации ФА является интраоперационное гистологическое исследование. В тоже время установление диагноза по результатам срочного гистологического исследования достаточно трудно в связи невозможностью оценить капсулярную или сосудистую инвазию, как один из признаков злокачественного ро-

ста. Поэтому, до сих пор «золотым стандартом» диагностики ФА ЩЖ является плановое гистологическое исследование, но оно, к сожалению, отсрочено по времени.

По мнению большинства исследователей, стандартной операцией при ФА ЩЖ является гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка по онкологическим принципам, т.к. среди всех фолликулярных опухолей при плановом гистологическом исследовании в 20% случаев выявляется фолликулярный рак.

Задачей нашего исследования было выявить частоту малигнизации ФА ЩЖ и их сочетание с микрокарциномой, т.е. РЩЖ менее 1 см.

За 4,5 года работы отделения диагностики и хирургии оперировано 778 больных с доброкачественной узловой патологией ЩЖ и в том числе 165 (21,2%) больных аденомами ЩЖ. Мужчин было 10 (6%) и 155 женщин (94%), соотношение мужчин : женщин составило 1:15,5. Возраст пациентов колебался от 15 до 75 лет, 90 больных (54,5%) была в возрасте от 40 до 50 лет. Справа аденома обнаружена у 69 больных, слева — у 68. У 21 больного была аденома выявлена в обеих долях ЩЖ, а у 7 — в перешейке. У 54 пациентов выявлена сопутствующая узловатая патология ЩЖ: у 38 узловой зоб, у 16 — узловатая форма АИТ.

Размер опухоли был следующим: до 3х см — у 78, до 5см у 69, свыше 5см у 18 пациентов. У 8 пациентов размер аденом достигал 8 см, причем они локализовались загрудинно.

При плановом гистологическом исследовании у 4 больных диагностирована В-клеточная (онкоцитарная) аденома, у 3 трабекулярная аденома, у 8 — атипичная аденома, у 142 — фолликулярная аденома. У 8 больных (4,8%) обнаружены признаки озлокачествления фолликулярной опухоли, т.е. участки врастания в капсулу и инвазия сосудов капсулы (высокодифференцированный фолликулярный рак).

У больных с малигнизированными ФА размер опухоли варьировал от 2 см до 7см и в среднем составил 3,6 см. ФА локализовалась у 4 в правой доле и у 4 в левой доле ЩЖ. Женщин было 7, мужчин 1. У последнего ФА достигала 7см и на половину располагалась за грудиной.

Основной операцией по поводу ФА была гемитиреоидэктомия (ГТЭ), которая выполнена у 102 больных (61,8%). ГТЭ с резекцией противоположной доли — у 14, резекция доли — у 7, резекция перешейка — у 7, субтотальная тиреоидэктомия — у 23, тиреоидэктомия — у 3 пациентов. Последние два вида операций выполнялись у больных с двухсторонней локализацией опухолей или при сочетании с многоузловым зобом.

Всем больным до операции выполняли ТАБ узловых образований ЩЖ под контролем УЗИ, интраоперационно

проводили срочное цитологическое и гистологическое исследование удаленных препаратов. При анализе полученных данных обнаружены следующие результаты.

На дооперационном этапе при ТАБ узловых образований ЩЖ у 7.6% больных получено заключение «Аденома», у 3.8% — «Фолликулярная опухоль», а у 12,2% — высказано предположение о наличии аденомы. Наиболее часто заключение цитолога было описательным: «Пролиферация фолликулярного эпителия» или «Тиреоциты с пролиферацией» — у 35.6%, «Тиреоциты, фиброциты, содержимое кистозной полости» — у 22.8%.

Во время операции при цитологическом исследовании заключение о наличии аденомы получено у 23.5%, фолликулярной опухоли — у 16.7%, и высказано предположение об аденоме у 13.6% пациентов. Наиболее же часто цитологическая картина расценивалась, как «Узловой зоб» — у 31% больных.

При срочном гистологическом исследовании во время операции заключение «ФА» получено у 53.9%, «Фолликулярная опухоль» — у 24.2%, «Узловой зоб» — у 21.9% пациентов.

У больных с малигнизировавшими аденомами до операции при ТАБ узлового образования ЩЖ лишь в одном случае верифицирован высокодифференцированный фолликулярный рак, в 2 - аденома, а у остальных получена описательная картина мазков. Интраоперационно у 4 больных цитологи подтвердили наличие аденомы, а у 4 — коллоидного зоба.

При срочной интраоперационной гистологии коллоидный зоб выявлен у 3 больных, ФА у 3, фолликулярная опухоль у 1, ФА с очагом микрокарциномы в капсуле у 1. У всех 8 больных только при плановом гистологическом исследовании установлен окончательный диагноз: «Фолликулярная аденома с участками малигнизации».

Кроме больных с малигнизировавшими ФА ЩЖ за истекший период мы наблюдали 10 пациентов, у которых показанием к операции было наличие ФА, но во время операции и при гистологическом исследовании были обнаружены очаги микрокарцином (1см и менее), расположенные рядом с ФА. Все пациенты были женщинами, возраст был от 35 до 57 лет. Размер ФА варьировал от 1.5 см до 6см (в среднем 3.5см). Размер же микрокарцином составил в среднем 0.8см (от 0.5 до 1см). 7 больным выполнена гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка, 2 — субтотальная тиреоидэктомия и 1 — тиреоидэктомия.

В этой группе больных микрокарцинома обнаружена при срочной интраоперационной гистологии у 4 больных и только при плановом гистологическом исследовании во всех 10 случаях

Заключение.

Представленный ретроспективный анализ диагностики и лечения ФА подтверждает наличие значительных трудностей в верификации диагноза как до операции, так и во время проведения самого оперативного вмешательства. При дооперационной ТАБ достоверное заключение о ФА получено только у 23.6% больных, при срочной интраоперационной цитологии — у 53.8% пациентов. Экспресс-гистология у 78.1% больных подтвердила наличие ФА или фолликулярной опухоли. Окончательный диагноз установлен только при плановом гистологическом исследовании по прошествии 5-7 дней после операции. Поэтому, основной операцией при ФА должна быть гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка, выполненная по онкологическим принципам. Частота малигнизации ФА составила 4.8%, сочетание ФА с микрокарциномой ЩЖ — 5.7%.

О ранней диагностике регионарных рецидивов рака щитовидной железы

АФАНАСЬЕВА З.А.

Диагностический центр для лечения больных опухолями щитовидной железы и других эндокринных органов Клинического онкологического диспансера МЗ Республики Татарстан, г. Казань

Ранняя диагностика рецидивов рака щитовидной железы, особенно после органосохраняющих операций, остается актуальной задачей.

У больных высокодифференцированным раком щитовидной железы после тотальной тиреоидэктомии методами выбора диагностики рецидивов и метастазов являются определение уровня тиреоглобулина и антител к тиреоглобулину в сыворотке крови и скинтиграфия тела с I-131; у больных медуллярным раком — определение базального и стимулированного пентагастрино уровня кальцитонина и концентрации РЭА в сыворотке крови больных. УЗИ признано методом динамического наблюдения за состоянием лимфатических узлов шеи (Пальмер П.Е.С., 2000), но в литературе не уделено должного внимания диагностике регионарных рецидивов рака щитовидной железы у оперированных больных путем тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) лимфатических узлов под контролем УЗИ.

Цель исследования — определить эффективность ТАПБ под контролем УЗИ в ранней диагностике регионарных РЩЖ.

Раннюю диагностику регионарных рецидивов рака щитовидной железы проводили у 54 пациентов. С целью ранней диагностики регионарных рецидивов выполняли ТАПБ лимфатических узлов шеи под контролем УЗИ у 34. Показаниями для пункционной биопсии были: появление шейных лимфатических узлов в регионе лимфатической диссекции, изменение размеров, формы и экзогенности (в сторону ее снижения) регионарных лимфатических узлов шеи у больных, которым не проводилась шейная лимфаденэктомия.

Метастазы рака в лимфатических узлах диагностированы у 34 из 54 больных, причем у 14 пациентов диагноз верифицирован благодаря ТАПБ под УЗИ. Среди них было 9 жен-

щин в возрасте 35,8+4,6 лет и 5 мужчин в возрасте 39,2+8,8 лет. Первая стадия карциномы щитовидной железы была у 9, вторая — у 1, третья — у 4 больных (классификация МПРС 1998г.). Папиллярный рак был у 9, фолликулярный вариант папиллярного рака — у 3, фолликулярный — у 1, медуллярный рак — у 1 больного. Опухоль прорастала капсулу железы (Т4) — у 8 больных, метастазы в лимфатических узлах во время первой операции диагностированы у 8 пациентов. Во время первого оперативного вмешательства органосохраняющие операции без шейных лимфодиссекций были выполнены у 5, органосохраняющие с лимфодиссекцией — у 5, тиреоидэктомии с лимфодиссекцией — у 4 больных.

У 7 (50%) больных метастазы в лимфатических узлах шеи были обнаружены при ТАПБ под контролем УЗИ через 2-12 месяцев после первой операции, у 7 (50%) пациентов — через 14-43 месяца. У всех пациентов при пальпаторном исследовании данные лимфатические узлы шеи не определялись.

Все больные были оперированы повторно. У 7 больных с регионарными рецидивами была выполнена экстирпация остатка железы с односторонним фасциально-фулярным иссечением шейной клетчатки с лимфоузлами, у других 7 пациентов было произведено только одностороннее фасциально-фулярное иссечение шейной клетчатки. Тринадцать пациентов наблюдаются в течение 1-12 лет с момента первой операции. Умерла 1 пациентка, прожив 6 лет, как с момента первой, так и второй операции.

Таким образом, ТАПБ под контролем УЗИ шейных лимфатических узлов у оперированных больных является эффективным методом в ранней диагностике регионарных и местных рецидивов рака щитовидной железы при мониторинге оперированных больных.