

ла. Его может быть много во внутренних органах млекопитающих (печень, почки).

Сведения об изменениях в тканях вилочковой железы при воздействии кадмия в современной литературе немногочисленны (Pathak N; Khandelwal S., 2007; Viau Met, et al., 2007).

Цель исследования – изучение изменений в тимусе крыс при однократном внутривентральном введении хлорида кадмия из расчета 1,2 мг кадмия на кг массы тела. Сроки наблюдения от 2 до 60 суток.

В 60 суток дольчатое строение органа не изменено. Крупные дольки не полностью разделены прослойками рыхлой волокнистой соединительной ткани. Отмечается отёк, расширение и полнокровие сосудов капсулы, прослойки рыхлой волокнистой соединительной ткани между дольками, внутри долек. В корковом веществе уменьшается степень инфильтрации лимфоцитами, развивается гипоплазия лимфоидной ткани. Обнажается эпителиоретикулярный остов, увеличивается доля площади мозгового вещества по отношению к корковому. В участках долек, где происходит гипоплазия лимфоидной ткани, клеточные элементы многослойного плоского эпителия, образующего остов железы, разрастаются, образуя сплошные тяжи клеток со светлыми гипохромными гипертрофированными ядрами. Тяжи пролиферирующих клеток имеют различную форму, чаще они округлые или удлинённые. В некоторых из них видны скопления нейтрофилов и эозинофилов. Такие структуры часто встречаются в корковом и мозговом веществе долек. В тяжах формируются кистоподобные структуры, выстланные кубическим или плоским эпителием. Они довольно часто встречаются. Гипертрофируются и разрастаются тельца Гассала, центрально лежащие клетки в них гиалинизируются. В капсуле железы, в жировой ткани, окружающей железу, в междольковых прослойках рыхлой волокнистой соединительной ткани встречается много тучных клеток. Они выявляются также внутри долек зубной железы. На периферии долек разрастается жировая ткань. В междольковой волокнистой соединительной ткани отёк, разрыхление волокнистых структур. Увеличивается количество тучных клеток.

Таким образом, в вилочковой железе в ответ на воздействие хлорида кадмия, наблюдается гипоплазия лимфоидной ткани, обнажение эпителиоретикулярных клеток, появление и разрастание тяжёлой многослойной эпителии с формированием в них кистоподобных структур, выстланных плоским или кубическим эпителием.

RAT THYMUS HISTOPATHOLOGY AFTER INTRAPERITONEAL CADMIUM CHLORIDE INJECTION

G.L. RADTSEVA, YU.A. RADTSEV

Stavropol State Medical Academy
Histology Department

This article contains the information of changes in rat thymus after one time intraperitoneal cadmium chloride injection and significance of the study.

Key words: thymus, cadmium, hypoplasia

УДК: 616.441 – 006 – 018

К ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИЯХ ДЛЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.В. РЫЖИХ, Е. Н. ЖУКОВА, Е.С. МИНАКОВА,
В.У. САВЕНКО, Э.В. САВЕНКО

Проведен анализ данных морфологических заключений дооперационных и срочных интраоперационных исследований у больных с узловыми патологиями щитовидной железы, согласно которым, определены показания для оперативного лечения в объеме гемитиреоидэктомии и тиреоидэктомии и для динамического наблюдения пациентов.

Ключевые слова: тиреоидэктомия, щитовидная железа, гемитиреоидэктомия

В течении последних лет остается открытым вопрос об объеме оперативного вмешательства на щитовидной железе при раке и доброкачественных узловых образованиях. Учитывая, что диагноз злокачественной опухоли щитовидной железы затруднен

и на начальных стадиях болезни ошибка диагноза составляет 50-100%, при отсутствии точного диагноза необходимо производить хирургическое вмешательство адекватное, как для доброкачественной опухоли, так и для внутрикапсулярно расположенного рака. По некоторым данным 10-20% солитарных узлов щитовидной железы являются злокачественными.

Национальной согласительной комиссией по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы, состоящей из ведущих эндокринологов и онкологов РФ, в 2007 г. не было достигнуто единогласия по выбору объема хирургического вмешательства при дифференцированном раке щитовидной железы. Считают, что при дифференцированном раке щитовидной железы стандартной операцией является экстрасекторальная тиреоидэктомия, хотя при солитарной опухоли до 2,0 см возможно в некоторых случаях выполнение гемитиреоидэктомии.

Выявление рака щитовидной железы на ранних стадиях является актуальной проблемой, так как адекватное лечение I-II стадии этого заболевания обеспечивает 10-летнюю выживаемость у 92,7- 96% больных.

Современная диагностика, дифференцированный подход к оперативному лечению узловых образований щитовидной железы в настоящее время является актуальной проблемой клинической эндокринологии. [3]. Многие хирурги отдают узловому зобу роль облигатного предрака и тем оправдывают раннее хирургическое лечение [1,2]. Однако согласно клиническим рекомендациям Ассоциации Эндокринологов (2004), патологическое и прогностическое значение узлового зоба сводится к небольшому риску того, что узловые образования являются злокачественной опухолью щитовидной железы. В связи с чем в большинстве случаев хирургическое лечение при узловом (многоузловом) коллоидном зобе не является обязательным, предпочтение отдается динамическому наблюдению. В таких случаях важную роль играет информативность дооперационных методов верификации диагноза при патологии щитовидной железы.

Узловые образования щитовидной железы часто встречаются у людей трудоспособного возраста, что делает эту проблему социально и экономически значимой. Трудности дифференциальной диагностики различных узлов щитовидной железы, несмотря на обилие диагностических методов, ведут к позднему направлению больных на оперативное лечение, к проведению неадекватных операций [5]. Основным направлением диагностики и выбора лечебной тактики при узловых образованиях ЩЖ является исключение злокачественной опухоли.

Проблемы дооперационной диагностики на сегодняшний день в полной мере не решаются и во время операции. Большинство клиницистов считают цитологический метод исследования одним из самых важных [6].

В литературе встречаются данные, указывающие на достаточно высокий процент ошибок срочного гистологического исследования – до 21%, особенно в случаях фолликулярных опухолей, что заставило некоторых хирургов отказаться от его применения [4]. Мнение о необходимости и возможности применения срочного цитологического исследования мазков-отпечатков и соскобов с узлов щитовидной железы различны и противоречивы.

Одна из основных проблем цитологической диагностики возникает при попытке до- и интраоперационной верификации форм «фолликулярных» новообразований – фолликулярного варианта папиллярного рака, фолликулярного рака щитовидной железы и фолликулярной аденомы. Согласно Z.W. Baloch et al. [7], при этих новообразованиях в аспирате наблюдается скопление однотипных клеток с умеренной или выраженной их скученностью и наплыванием. Клетки фолликулов щитовидной железы округлой формы с равномерным распределением хроматина в ядрах и мелкими ядрышками, что не позволяет достоверно дифференцировать аденому и рак. Эти особенности позволяют рассматривать фолликулярный вариант папиллярного рака, фолликулярный рак и аденому щитовидной железы с точки зрения цитологической схемы «фолликулярных опухолей».

По данным литературы возникают сложности в установлении инвазивного роста злокачественных опухолей на клеточном уровне. Признаки опухолевой инвазии, являющиеся неотъемлемым атрибутом злокачественности, могут быть обнаружены лишь после хирургического удаления опухоли, при ее гистологическом исследовании. В США, где проблемы зобной эндемии не существует, сформировался иной подход к диагностике фолликулярного рака

* Кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики с курсом онкологии ИГМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, 10, Воронеж 394000, тел (4732) 52-54-89, 53-02-51, факс (4732) 53- 00-05

щитовидной железы, когда инвазией считается обнаружение опухолевых комплексов также и в капсуле опухоли [8].

Плановое послеоперационное гистологическое исследование также не лишено трудностей в проведении дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы. Интракапсулированные новообразования фолликулярного строения, которые вызывают трудности в дифференциальной диагностике, составляют около 10% всех хирургически удаленных фолликулярных опухолей щитовидной железы. Возможно цитологии значительно чаще делают заключения о наличии фолликулярной неоплазии или сомнительных результатах образца, возможно, в следствии недостаточного опыта работы.

Неопытные цитологи значительно чаще делают заключения о наличии фолликулярной неоплазии или сомнительных результатах образца, возможно, вследствие недостаточного опыта работы. Некоторые авторы указывают на то, что исследования, проведенные к настоящему времени, позволили исчерпывающе охарактеризовать информативность такого метода дооперационной диагностики как тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТИАПБ) щитовидной железы. При высокой чувствительности метода, специфичность различается в зависимости от гистологического типа рака щитовидной железы.

Цель исследования – дать сравнительную оценку методам цитологического и гистологического исследований узловых образований щитовидной железы. Оценка ТИАБ при многоузловых образованиях щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов ТИАПБ, срочных цитологических и гистологических исследований у 85 пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы от 1,0 до 4,0 см в д, локализованными в одной доле. Всем больным была выполнена гемитиреоидэктомия по экстрафасциальной методике.

Также в группу исследований вошли 91 пациент с многоузловой патологией щитовидной железы, которым была выполнена тиреоидэктомия. Таким больным на догоспитальном периоде проводилась пункция 2 наиболее подозрительных с онкологической точки зрения узлов, с наличием таких признаков при ультразвуковом исследовании как гипоэхогенность, нечеткий контур узла, кальцинаты. **Результаты.**

Большинству пациентов с единичным узлом оперативное вмешательство в объеме экстрафасциальной гемитиреоидэктомии произведено по поводу узловой зоба – 42 (49,4%). При плановом гистологическом исследовании рак щитовидной железы был диагностирован у 27 (31,8%) больных, из них папиллярный рак составил 16 (59,3%) случаев, фолликулярный – 11 (40,7%). Диагноз «аденома щитовидной железы» был установлен 16 (18,8%) наблюдениях.

Данные морфологических заключений у больных с солитарной узловой патологией щитовидной железы представлены в табл. 1.

Таблица 1

Данные дооперационных и срочных интраоперационных морфологических заключений у больных с солитарным узлом в щитовидной железе

Ноз. форма	Плановое гист. исследование	ТИАПБ	Срочное цитологическое исследование	Срочное гист. исследование
Рак	27 31,8%	12 22,6%	13 22,4%	14 23,7%
Зоб	42 49,4%	34 64,1%	35 58,6%	36 57,6%
Аденома	16 18,8%	7 13,2%	8 19,0%	10 18,6%
Всего	85 100%	53 100%	58 100%	59 100%

При сравнительном анализе данных морфологических заключений у больных узловым зобом оказалось, что информативность ТИАПБ – 81%, срочного гистологического – 85,7%, срочного цитологического – 83,3%. При раке и аденоме щитовидной железы совпадение плановой гистологии с ТИАПБ обнаружено у 44,4% и 43,8% пациентов соответственно, с интраоперационным цитологическим исследованием выявлено при раке в 48,1%, аденоме – в 50% случаях. Более информативными при аденоме и раке оказалось срочное гистологическое исследование – 62,5% и 52% соответственно. Получена высокая чувствительность ТИАПБ (82,3%), интраоперационных гистологического (90%) и цитологического

(87,2%) исследований при узловом зобе. При раке и аденоме щитовидной железы чувствительность срочного цитологического исследования составила 43,8% – при раке, 41,4% – при аденоме и гистологического – 47,3% и 43% соответственно.

Нами изучена диагностическая ценность ТИАПБ в зависимости от планового морфологического заключения у больных с двумя и более узловыми образованиями в щитовидной железе.

При плановом гистологическом исследовании узловой зоб был диагностирован у 46 (50,5%) больных, аденома щитовидной железы составила 28 (30,8%) случаев, хронический тиреоидит – 17 (18,7%).

Сопоставлены данные ТИАПБ и плановой гистологии. Совпадений диагнозов при узловом зобе наблюдалось в 23 (50%) из 46. Рак и подозрение на рак выявлены в 1 (2,2%) и 4 (8,7%) случаях соответственно. Атипия и гиперплазия клеток выявлены у 3 (6,5%) и 1 (2,2%) соответственно. Фолликулярная опухоль описана у 4(8,0%) человек. Хронический тиреоидит оказалось в 3 (6,5%) наблюдений. Фолликулярный эпителий и киста у 5 (10,9%) и 2 (4,3%) больных. Аденома в 5 (17,9%) из 28, при этом цитологический диагноз формулировался как «фолликулярная опухоль, вероятно аденома». Подозрение на рак выявлено у 1 (3,6%) пациента. Узловой зоб обнаружен у 9 (32,1%) больных.

Совпадение ТИАПБ и планового гистологического исследований при хроническом тиреоидите составило 2 (11,8%) из 17 случаев.

При сравнительном анализе данных морфологических заключений ТИАПБ и плановой гистологии оказалось, что даже при узловом зобе при наличии нескольких узлов в щитовидной железе информативность ТИАПБ до операции низка и составляет около 50%.

Дооперационное цитологическое исследование оказалось высокоинформативным в случае совпадений с плановым гистологическим заключением при солитарном зобе (88,2%), и нет необходимости проводить интраоперационное цитологическое и срочное гистологическое исследования при этой патологии щитовидной железы у больных с двумя и более узловыми образованиями. определение чувствительности морфологических исследований подтвердило это заключение Информативность срочного гистологического исследования при аденоме составила 37,5%.

При раке щитовидной железы чувствительность срочного гистологического исследования составила 50%.

В некоторых случаях материал для исследования был взят из более крупного узлового образования, и на всех этапах диагностики получено заключение- «зоб», а при плановом гистологическом исследовании обнаружен мелкий очаг рака. Правильный выбор узлового образования для биопсии также влияет на диагностическую точность ТИАПБ, срочного цитологического и гистологического исследований.

Выводы. При солитарном узле информативность ТИАПБ, интраоперационных исследований при узловом зобе составила более 80%. При раке и аденоме щитовидной железы информативность дооперационного и срочных исследований оказалась ниже 50%. При этом необходимо отметить, что у больных с фолликулярным раком были трудности в цитологической и гистологической дифференциальной диагностике с аденомой щитовидной железы.

Таким образом, больные с единичным узловым образованием в щитовидной железе до 4,0 см в д. с полученным результатом ТИАПБ «узловой зоб» могут динамически наблюдаться не подвергаясь хирургическому лечению. А ТИАПБ является неоспоримо ведущим методом в диагностике узлового зоба.

При аденоме щитовидной железы, фолликулярной опухоли, подозрении на рак при ТИАПБ с размером узла до 3,0 см в д. нецелесообразно проводить дальнейшие интраоперационные исследования так как экстрафасциальная гемитиреоидэктомия является адекватным лечебным мероприятием как при аденоме, так и при раке щитовидной железы при отсутствии достоверных до и – интраоперационных данных о поражении регионарных лимфатических узлов. При размерах патологического образования в щитовидной железе более 3,0 см в д возможно проведение интраоперационных исследований, хотя не было достигнуто в 100% случаях совпадений срочных интраоперационных исследований с плановым гистологическим заключением. В таких случаях экстрафасциальная гемитиреоидэктомия является ценной лечебно – диагностической операцией.

Совпадение диагнозов при плановом гистологическом исследовании с ТИАПБ при узловом зобе составило 50%, при аденоме – 17,9%, при хроническом тиреоидите – 11,8%. Рак и подозрение на рак обнаружены у 8 из 91 больных (8,8%). Таким образом, показанием для тиреоидэктомии явилось наличие множественных узлов в щитовидной железе и низкая информативность дооперационных методов исследования.

Литература

1. Галкин Р.А., Письменный В.И., Осоки О.В., Кудинов Н.Н. О раке щитовидной железы после радикальных операций // Современные аспекты хирургической эндокринологии. Ярославль, 2004. С. 132–138.
2. Кочергина И.И., Алексеева Е.А. Частота рака щитовидной железы с узловым зобом // Диагностика и лечение узлового зоба. М., 2004. С. 175–176.
3. Любаев В.Л., Бржезовский В.Ж., Волкова Г.Ю. К вопросу о тактике лечения дифференцированных форм рака щитовидной железы // Практическая онкология, Т8, №1. 2007. 26 с.
4. Пинский С.Б., Калинина А.П., Белобородов В.А. Диагностика заболеваний щитовидной железы // С.Б. Пинский с соавт. Изд. «Медицина», 2005. 192 с.
5. Романчишен А.Ф. Диагностика щитовидной железы / А.Ф. Романчишен, Е.А. Залмовер // Хирургическая эндокринология. Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветилева. СПб., 2004. С.102–113.
6. Сдвижников А.М. Спорные и нерешенные вопросы в диагностике и лечении предрака и рака щитовидной железы / А.М. Сдвижников, В.П. Демидов, Ю.Н. Касаткин // Рос. Онкол. Журн. 2004, №5. С.15–21.
7. Baloch Z.W., Fleisher S., Livolsi V.A., Gupta P.K. Diagnosis of «follicular neoplasm»: a gray zone in thyroid fine-needle aspiration cytology // Diagnostic Cytopathology. 2002. Vol 26, №1. P.41–44.
8. Livolsi V.A., Baloch Z.W. Follicular carcinoma of the thyroid // Patology case reviews. 2003. Vol.8, №1. P. 4–15.

INDICATIONS FOR CYTOLOGICAL AND HISTOLOGICAL RESEARCH AT PATIENTS WITH NODAL FORMATIONS OF THE THYROID GLAND

O.V. RYZHIX, E.N. ZHYKOVA, E.S. MINAKOVA,
E.V. SAVENOK, V.U. SAVENOK

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko
Oncology, Radial Therapy and Radial Diagnostics with an oncology course

The analysis of data of the given morphological conclusions of preoperational and urgent intraoperational research was carried out at patients with a nodal pathology of thyroid gland; according which indications for operational treatment were defined in the volume of hemithyroidectomy and thyroidectomy, and for dynamic observations of patients.

Key words: thyroidectomy, thyroid gland, hemithyroidectomy.

УДК: 618.147-006.36-072.1

КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

П.В. САРЫЧЕВ, Г.А. ШЕМАРИНОВ, М.С. ОЛЫШАНСКИЙ, И.С. ТИМОШИН, А.В. СВИРИДОВА, Р.В. ЛАПТИЕВ, А.И. БОРОДУЛИН*

На опыте 50 пациенток оценены возможности эндоваскулярного метода в комплексном лечении миомы матки. По результатам исследования ЭМА является высокоэффективным малоинвазивным вмешательством, позволяющим сохранить менструальную функцию и возможность репродукции женщин.

Ключевые слова: миома матки, репродукция, эндоскопия

Миома – это доброкачественная опухоль мышечной стенки матки. В зависимости от размера и расположения миома может вызывать появление разнообразных симптомов. У некоторых женщин миома вызывает обильные, продолжительные и/или болезненные менструальные кровотечения, нередко приводящие к анемии. В других случаях основной проблемой становится бесплодие, вызванное миомой. Достаточно часто по мере роста миомы может возникать сдавление мочевого пузыря и других органов, распо-

ложенных рядом с маткой. Это сопровождается учащенным мочеиспусканием, чувством тяжести, болями внизу живота.

Иногда миома матки представлена одним узлом (единичная миома), но чаще возникают множественные миомы (несколько миоматозных узлов в матке). Миомы могут иметь различные размеры – от 1 см до 20-30 см в диаметре.

Точная причина возникновения миомы матки неизвестна – это мультифакторное заболевание. Тем не менее, имеется четкая связь этого заболевания с уровнем женского гормона – эстрогена. После наступления менопаузы, когда уровень эстрогена значительно понижается, рост миомы может остановиться.

Лечение миомы матки у женщин репродуктивного возраста представляет одну из актуальных клинических проблем, поскольку существующие органосохраняющие методы лечения не обеспечивают в должной мере стабильность результатов и связаны с целым рядом побочных эффектов. Широкое внедрение в последние годы в клиническую практику рентгенохирургических методов лечения, в частности – эндоваскулярной эмболизации маточных артерий (ЭМА), позволяет у значительного контингента больных сохранить матку. Спорным до недавнего времени оставался вопрос об использовании метода ЭМА при выявлении субмукозных и субсерозных миом. Накопленный опыт выполнения подобных вмешательств позволяет расширить показания к использованию метода ЭМА, в том числе у больных, у которых планируются эндоскопические вмешательства.

Цель исследования – оценка возможности использования ЭМА в комплексном лечении миомы матки с сохранением репродуктивной функции женщин.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 55 пациенток в возрасте от 30 до 45 лет с миомой матки. В качестве первого этапа лечения выполнялась ЭМА, в последующем планировалась эндоскопическая миомэктомия. Отмечали: субмукозную фибромиому 1 первого типа, множественную фибромиому матки с субмукозным ростом у 7, интерстициальную миому у 32, субсерозную – у 16 пациенток. Размеры узлов варьировали от 3 см. до 18 см. Размеры матки составляли от 7 до 18 недель. Все миомы были симптомными. У 17 пациенток наблюдались меноррагии, у 18 симптомы сдавления соседних органов, у 20 отмечали железодефицитную анемию. Три пациентки поступили с острым кровотечением. Кроме общеклинического обследования определяли состояние свертывающей системы крови, проводили аспирационную биопсию эндометрия (25), гистероскопию и раздельное диагностическое выскабливание (35). ЭМА всем больным выполняли на цифровом ангиографическом комплексе «Angiostar Plus», (Siemens) с использованием режима дигитальной субтракции (ДСА) при помощи контраста Ультравист, (Шеринг). Всем больным проводили катетеризацию правой общей бедренной артерии по Селдингеру при помощи интрадиосера 6F. Селективную и суперселективную ангиографию выполняли из одного феморального доступа при помощи катетеров кобра, модифицированного JR и катетера Робертса. Для эмболизации применяли поливинилалкоголь PVA «Cook», (США) с размером эмболизирующих частиц 300, 500 и 700 мкм. Выбор размера частиц и уровня эмболизации маточных артерий проводили с учетом ангиоархитектоники и особенностей кровоснабжения яичников. Эффект вмешательства оценивали по замедлению кровотока в маточных артериях и выраженности задержки контраста в перифиброидном сплетении. Всем больным проводили трансвагинальное ультразвуковое сканирование до и после ЭМА. При повторном осмотре через 1-3, 6 месяцев также выполняли доплерографию маточных артерий и сосудов перифиброидного сплетения.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях была успешно выполнена двухсторонняя ЭМА. Технический успех составил 100%. Постэмболизационный синдром был умеренно выражен в течение 24-72 часов, следует отметить, что ни в одном случае не потребовалось введение наркотических анальгетиков. Температурная реакция в послеоперационном периоде отмечена у 40 больных, в том числе субфебрильная температура – у 35, подъем до 38,6°C – у 15 пациенток. Наблюдался кратковременный лейкоцитоз крови до 10-12 тыс. В сроки от 3 дней до 6 месяцев после первого этапа эндоскопического вмешательства потребовалось только в 7 случаях. Во время гистероскопии (8 пациенток) субмукозные узлы были удалены практически бескровно. У 3 пациенток через три дня, у 4 через 1 месяц и у 1 – через 6 месяцев после ЭМА. В первых 2 случаях удалялись рождающиеся миомы. Они были пластилинообразными и достигали 7×4×3,5 см.

* ГУЗ ВОКБ №1, отделение рентгеноконтрастных методов диагностики и лечения, Воронеж, Россия