

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 (1 см 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 6 см (в среднем 3.5 см). Размер же микрокарцином составил в среднем 0.8 см (от 0.5 до 1 см). 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 пентагастрином 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 проросла капсулу железы (T4) — 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, тиреоидэктомия 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.