

многие годы решающая роль принадлежала данным цитологического и гистологического исследований. Вместе с тем и до настоящего времени патогистологическая диагностика лимфом относится к числу наиболее трудных и сложных разделов онкоморфологии. Все же в постановке диагноза решающее значение принадлежит данным цитологического и гистологического исследований. Сегодня всеми морфологами признается, что ответственность за диагностику неходжкинских злокачественных лимфом целиком несут патогистологи. О. К. Хмельницкий (2002), один из крупнейших специалистов в области цитологической и гистологической диагностики заболеваний щитовидной железы, считает, что отличить лимфому ЩЖ от аутоиммунного тиреоидита на основании цитологического исследования практически невозможно. По данным ряда авторов, тонкоигольная биопсия под УЗИ-контролем позволяет установить правильный диагноз в 70,80% [3, 4, 7, 10]. Однако в последние годы возможности цитологического исследования в качестве самостоятельного метода в морфологической верификации диагноза существенно возросли, что обусловлено более совершенным способом получения адекватного клеточного материала, возросшей квалификацией врача-цитолога и объема имеющейся клинической информации. Наряду с этим для подтверждения диагноза рекомендуется проводить открытую биопсию с последующим гистологическим исследованием. Дифференциальный диагноз первичной злокачественной лимфомы ЩЖ прежде всего нужно проводить с недифференцированным раком ЩЖ, АИТ, зобом Риделя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева З. А., Петров С. В., Мухаметшина Г. Н., Намов Е. В. Комплексная диагностика, лечение и диспансеризация больных лимфомами щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Ярославль, 2004. – С. 26, 28.
2. Богатырев О. П. Симультанные операции в эндокринной хирургии / О. П. Богатырев, А. П. Калинин, Т. В. Сергеева // Хирургия эндокринных желез, материалы 5-го Рос. симпозиума по хирургической эндокринологии. – СПб, 1996. – С. 161–164.
3. Калинин А. П., Златкина А. Р., Голенков А. К., Камынина Т. С. Первичная лимфосаркома щитовидной железы // Вопросы онкологии. – 1988. – № 3. – С. 269–276.
4. Пачес А. И., Пропп Р. М. Рак щитовидной железы. – М., 1984. – 320 с.
5. Пинский С. Б., Калинин А. П., Белобородов В. А., Дворниченко В. В. Редкие опухоли и заболевания щитовидной железы. – Иркутск, 1999. – 208 с.

6. Поддубная И. В. Диагностика и определение распространенности (стадирование) неходжкинских лимфом / И. В. Поддубная, Е. А. Демина // Прак. онкогематология. – 2004. – Т. 5. № 3. – С. 176–184.

7. Привалов В. А., Яйцев С. В., Сулова Т. А., Селиверстов О. В. Ассоциации антигенов системы HLA-A, B с заболеваниями щитовидной железы в регионе Южного Урала // В сб. «Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума по хирургической эндокринологии». – Харьков, 1991. – С. 95–96.

8. Привалов В. А. Хирургическая тактика при заболеваниях щитовидной железы в зависимости от выраженности анти тиреоидной аутоиммунной агрессии: Автореферат канд. диссертации. – Куйбышев, 1989. – 31 с.

9. Румянцев П. О., Залетаев Д. В., Васильев Е. В. и др. Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 52. № 2. – С. 145–149.

10. Румянцев П. О., Ильин А. А., Румянцова У. В., Саенко В. А. Рак щитовидной железы // Современные подходы к диагностике и лечению. – М., 2009. – 447 с.

11. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. – СПб: СОТИС, 2002. – 288 с.

12. Шулуто А. М., Семиков В. И., Иванова Н. А. и др. Ультразвуковые методы исследования и пункционная биопсия в диагностике узловых образований щитовидной железы // Хирургия. – 2002. – № 5. – С. 7–12.

13. Burke J. S., Butler J. J., Fuller L. M. Malignant lymphomas of the thyroid. A clinical pathologic study of 35 patients including ultrastructural observations // Cancer. – 1977. – Vol. 39. – P. 1587–1602.

14. Gensjager E., Girard V. Praktische hyperthyreose bei befall der schilddruse durch tumoren anderer organe // Scyweiz. med. wscrh. – 1981. – Bd. 111. – P. 1563–1564.

15. Hernandez J. A., Reth P., Ballester E. Limfomaprimary de tiroides con infiltracion de la medula osea y del sistema nerviosa central // Med. clin. – 2001. – Vol. 116. № 9. – P. 357–358.

16. Matsuzuka F., Miyauchi A., Katayama S. et al. Clinical aspects of thyroid lymphoma. Diagnosis and treatment based on our experience of 119 cases // Thyroid. – 1993. – Vol. 3. – P. 93–99.

17. Rasbach D. A., Mondschein M. S., Harris N. L. et al. Malignant lymphoma of the thyroid gland // Surgery. – 1985. – Vol. 98. – P. 1166–1170.

18. Thieblemont C., Mayer A., Dumontet C. et al. Primary thyroid lymphoma is a heterogeneous disease // J. clin. endocrinol. metab. – 2002. – Jan. № 87 (1). – P. 105–111.

19. Williams E. D. Malignant Lymphoma of the thyroid // Clin. endocr. metabol. – 1981. – Vol. 10. № 2. – P. 384–389.

Поступила 08.09.2011

Е. В. РЯБЧЕНКО, И. Н. ШИПКОВА

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ «АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ С УЗЛООБРАЗОВАНИЕМ»

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: rev7512@mail.ru

В работе представлены результаты оперативного лечения 164 пациентов с диагнозом «фолликулярная опухоль» после проведенной тонкоигольной аспирационной биопсии на фоне аутоиммунного тиреоидита с узлообразованием. При послеоперационном морфологическом исследовании диагностированы различные заболевания щитовидной железы.

E. V. RAYBCHENKO, I. N. SHIPKOVA

SURGICAL TREATMENT PATIENTS ON THE BASE OF AUTOIMMUNE TIREODIT WITH NODULE GOITER

Department of endocrinological surgery Krasnodar municipal medicinal-diagnostic association, Russia, 350012, Krasnodar, str. Red Partisan, 6/2, tel. 8-918-462-68-52. E-mail: rev7512@mail.ru

The results of surgical treatment 164 patients with diagnose follicular tumor after needle biopsy on a base of autoimmune tireodit with nodule goiter. In the postoperative morphological study diagnosed various diseases of the thyroid gland.

Key words: fineneedleaspiration, autoimmunetireodit, histological identification.

Известно, что узловатая трансформация щитовидной железы (ЩЖ) встречается примерно у 10% населения земного шара, а аутоиммунный тиреодит (АИТ) является самым распространенным аутоиммунным заболеванием человека и выявляется у 5% населения. В 13% случаев после операций на ЩЖ по поводу узлов гистологически ставится диагноз АИТ [1, 2]. Сведения о роли АИТ в возникновении и клиническом течении узловых форм заболеваний ЩЖ противоречивы. На фоне АИТ могут формироваться узлы доброкачественной и злокачественной природы [3]. До сих пор неясно, является ли аутоиммунный тиреодит фактором риска развития рака ЩЖ или это реакция ткани на опухоль. Не исключено, что это две независимые патологии, которые могут встречаться вместе [4]. Не существует единой точки зрения о связи АИТ и рака ЩЖ. По данным некоторых исследований, у пациентов с АИТ рак встречается в три раза чаще [5], и высокая распространенность рака ЩЖ на фоне АИТ указывает на то, что последний является предрасполагающим фактором в его развитии [6]. Известно, что распространенность лимфоцитарной инфильтрации ткани ЩЖ, которая служит индикатором АИТ, значительно выше у пациентов с раком (58%), чем у пациентов с фолликулярной аденомой (14%) [6]. В то же время другие исследователи не отмечают высокой распространенности рака ЩЖ на фоне АИТ. Морфологическую характеристику узла до его хирургического удаления можно уточнить только путем проведения тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). Несмотря на то что при большинстве видов узловатой трансформации ткани ЩЖ точность метода, по мнению ряда авторов, достигает 96–98%, при некоторых видах патологии ЩЖ, например при АИТ, в 25% случаев он дает ограниченную информацию из-за недостаточного количества клеточных элементов в биоптате или сомнительного диагноза.

Целью работы является определение влияния АИТ как фонового заболевания на формирование и развитие различных форм при узловатой трансформации щитовидной железы и на точность результатов цитологического исследования узлов ЩЖ на фоне АИТ.

В работе представлены результаты оперативного лечения 164 пациентов с диагнозом «фолликулярная опухоль» после проведенной ТАБ на фоне АИТ с узлообразованием. В ряде случаев даже при получении необходимого цитологического материала возникали определенные сложности в его оценке. Так, если папиллярный, медулярный и анапластический рак при цитологическом исследовании выявляются с достаточ-

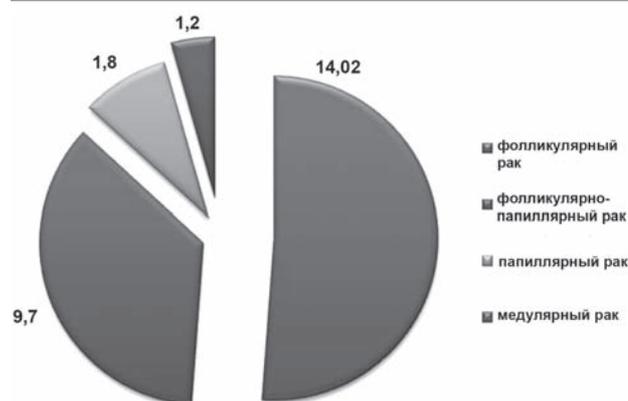
но высокой степенью достоверности, то отличить фолликулярную форму рака от аденомы из фолликулярных клеток крайне сложно. Прежде всего это связано с тем, что при ТАБ невозможно выявить два очень важных признака злокачественности: наличие клеток в сосудах и прорастание капсулы узла. При такой цитологической картине показано оперативное лечение.

При послеоперационном морфологическом исследовании диагностированы различные заболевания щитовидной железы. Эти данные представлены таблице.

Результаты гистологического исследования после проведенного оперативного вмешательства с диагнозом «фолликулярная опухоль» на фоне АИТ делили на две категории. Доброкачественные изменения – группа больных, которые составили 72,5%. Фолликулярные аденомы встретились у 62,8% больных, оперированных с цитологической картиной «фолликулярная опухоль». Тиреодиты составили 6,1%, токсическая аденома – 1,2%, коллоидный зоб составил 1,2%, а также онкоцитарная аденома – 1,8%. Злокачественные изменения выявлены у 26,9% больных. Гистологическое заключение представлено на диаграмме.

Доля фолликулярного рака составила 14,02%, фолликулярно-папиллярного – 9,7%, папиллярного – 1,8% и медулярного – 1,2%.

Таким образом, сопоставление данных ТАБ с результатами окончательного гистологического исследования тканей с диагнозом «фолликулярная опухоль» на фоне АИТ, удаленных во время операции, показало, что данный метод является довольно чувствительным и специфичным в диагностике природы очаговых по-



Злокачественные изменения с диагнозом «фолликулярная опухоль»

Гистологические заключения у больных с цитологическим диагнозом «фолликулярная опухоль» на фоне АИТ с узлообразованием

| ТАБ | Фолликулярная опухоль |
|---|-----------------------|
| Фолликулярная аденома | 103 (62,8%) |
| Фолликулярный рак | 23 (14,02%) |
| Фолликулярно-папиллярный рак | 16 (9,7%) |
| Медулярный рак | 2 (1,2%) |
| Папиллярный рак | 3 (1,8%) |
| Токсическая аденома | 2 (1,2%) |
| Онкоцитарная аденома | 3 (1,8%) |
| Коллоидный зоб | 2 (1,2%) |
| Аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием | 10 (6,1%) |
| Всего | 164 |

ражений щитовидной железы. Клинический опыт показывает, что ранние формы рака щитовидной железы до настоящего времени далеко не всегда выявляются даже современными инструментальными методами.

Трудности цитологической диагностики узла на фоне АИТ касаются не только исследования самого препарата, но и забора материала для этого диагностического исследования. При меньших размерах опухолей на фоне АИТ во время проведения ТАБ несомненно труднее аспирировать материал из самого узла. Часто на фоне АИТ бывает трудно во время УЗИ выявить подозрительные на злокачественные узловые образования ЩЖ, потому что ультразвуковая картина АИТ очень разнообразна [8]. Достаточно часто доброкачественные узлы на фоне аутоиммунного тиреоидита при УЗИ имеют признаки злокачественных (неоднородная структура, отсутствие четкой капсулы, неправильная форма), и наоборот; кроме того, довольно часто на фоне АИТ в ткани ЩЖ одновременно формируются узлы доброкачественной и злокачественной природы. Так, в нашем исследовании у 2 пациентов с АИТ наряду с раком в ЩЖ имелись также коллоидные узлы и доброкачественные аденомы. Вполне вероятно, что в некоторых случаях материал для исследования забирался не из раковых узлов.

Вместе с тем, возвращаясь к ранее проведенному анализу с результатами интраскопического, точнее, УЗ-исследования ЩЖ, нельзя не признать, что клинических и интраскопических данных недостаточно для надежной диагностики, тем более для дифференциальной диагностики этих заболеваний. Очевидно, что клиническое обследование и интроскопию ЩЖ нужно дополнять другими средствами и методами. Таким дополнением, существенно повышающим эффективность УЗИ и сонографии ЩЖ, является ТАПБ ткани ЩЖ. В целом нужно признать, что ТАБ, дополняемая набором современных лабораторно-морфологических методик оценки биоптатов, позволяет с большой точностью диагностировать АИТ с узлообразованием, а также информативна в диагностике предопухолевых и опухолевых образований на фоне этих тиреопатий. Не случайно после операции и соответствующего гистологического исследования нередко случаи уточнения, вернее, пересмотра диагноза не только от АИТ или РЩЖ, но и наоборот. В этой связи есть необходимость

совершенствовать этот объективный метод диагностики, уточняя показания, улучшая технику и обогащая методическое сопровождение ТАБ. АИТ может имитировать казуистически редко встречающийся диффузный склерозирующий папиллярный рак – гистологический подвариант папиллярного рака, характеризующийся диффузным вовлечением целой доли щитовидной железы или даже всего органа [7, 8]. Таким образом, АИТ достаточно часто является фоновым заболеванием у лиц, подвергаемых оперативным вмешательствам на щитовидной железе по поводу ее узловых трансформации, причем в большинстве наших наблюдений имели место истинные узлы щитовидной железы на фоне АИТ. Независимо от результатов цитологического исследования при наличии клинических признаков злокачественной трансформации следует добиваться хирургического лечения и гистологического уточнения диагноза. Кроме результатов цитологического исследования у больных с АИТ имели место и клинические показания к оперативному вмешательству. Это в первую очередь размеры узла, его локализация за грудиной или признаки компрессии узлом окружающих органов (магистральных сосудов, дыхательных путей).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И., Трошина Е. А., Юшков Т. В., Александрова С. Ф. Диагностика и лечение узлового зоба (методические рекомендации). – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003 – 64 с.
2. Ковчур О. И., Фетюков А. И. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. – Петрозаводск, 2002. – 56 с.
3. Любаев В. Л. Комплексная диагностика рака щитовидной железы / В. Л. Любаев, В. Ж. Бржезовский, С. Сомасундрам (и др.) // Материалы XV Российского симпозиума по хирургической эндокринологии: Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Рязань, 2005. – С. 209–211.
4. Майор Н. Н. Пункционная цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: возможности и организация метода / Н. Н. Майор Л. Б. Цодикова // Архив патологии. – 1996. – № 4. – С. 74–78.
5. Тухбатуллин М. Г. Современные подходы диагностики при различной патологии щитовидной железы: Методические рекомендации / М. Г. Тухбатуллин, К. Т. Валеева, Н. В. Сорокина. – Казань, 2004. – 23 с.
6. Фадеев В. В. Новые рекомендации Американской ассоциации клинических эндокринологов по диагностике и лечению

узлового зоба // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2006. – Т. 2. № 2. – С. 15–21.

7. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы (руководство). – Санкт-Петербург: СОТИС, 2002. – 288 с.

8. Veneti S., Athanassiadou P., Kandaraki C., Kyrkou K. Evaluation of HMFG2 and thyroglobulin in the diagnosis of thyroid fine needle aspiration (FNA) // Cytopathology. – 1997. – Vol. 8. № 1. – P. 13–19.

Поступила 08.09.2011

Г. Ю. САЗАНОВА

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Кафедра организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права
ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздравсоцразвития России,
Россия, 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112, тел.: (845 2) 525704, 8 927 223 94 06.
E-mail: sazanovagu@yandex.ru*

В статье оцениваются демографические показатели состояния здоровья населения Саратовской области за 2002–2010 годы. Выявлены тенденции устойчивого роста уровня общей заболеваемости, низкие показатели первичной заболеваемости, высокий уровень смертности и высокие показатели инвалидизации населения по причине заболеваний системы кровообращения.

Ключевые слова: заболеваемость, смертность, инвалидность.

G. Yu. SAZANOVA

THE PECULIARITIES OF MORBIDITY, DISABILITY AND MORTALITY PARAMETERS OF THE POPULATION IN SARATOV REGION

*The department of public health care organization and medical law,
Saratov state medical university named after V. I. Razumovsky,
Russia, 410012, Saratov, B. Kazachya str., 112,
tel.: (8452) 525704, 8 927 223 94 06. E-mail: sazanovagu@yandex.ru*

The article assesses demographic indexes of health parameters of the population in Saratov region from the years 2002 until 2010. There were elicited some tendencies of a steady growth of general morbidity, low indexes of initial illness, high rate of mortality and high indexes of disabilities caused by blood circulation diseases.

Key words: morbidity, mortality, disability.

Введение

Здоровье нации относится к комплексу показателей, отражающих уровень социально-экономического развития общества. В соответствии с Концепцией развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года основным приоритетом государственной политики являются сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи [4, 5].

В Саратовской области, как и во многих регионах Российской Федерации, сложилась сложная демографическая, экономическая и социально-политическая ситуация, связанная с превышением смертности над рождаемостью, общим постарением населения, увеличением бремени болезней.

Цель исследования – изучение показателей состояния здоровья взрослого населения Саратовской области за период с 2002 по 2010 год для определения региональных особенностей развития здравоохранения.

Материалы и методы исследования

Материалами для исследования явились официальные статистические данные Министерства здравоохра-

нения и социального развития Российской Федерации и Федеральной службы государственной статистики. Использовались аналитический и статистические (построение группировок, построение и анализ трендов) методы исследования.

Результаты и обсуждение

На протяжении всего периода наблюдения в Саратовской области отмечается устойчивый рост уровней общей и первичной заболеваемости, что соответствует тенденциям Российской Федерации и Приволжского федерального округа [1].

В Российской Федерации темпы роста уровня общей заболеваемости за исследуемый период составили 13,6% (2002 год – 12 259 сл., 2010 год – 14 230 сл. на 10 000 населения), в Приволжском федеральном округе – 18,7% (2002 год – 13 089 сл., 2010 год – 16 109 сл. на 10 000 населения). Несмотря на снижение общей заболеваемости населения Саратовской области в 2010 году по сравнению с 2009-м, рост этого показателя за 9 лет составил 25% (2002 год – 10 582 сл., 2010 год – 13 230 сл. на 10 000 населения), что превышает темпы роста уровня общей заболеваемости в