

©Ш. А. Юсупов, З. Б. Курбаниязов, А. Ф. Зайниев

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме. Проблема ранней диагностики и своевременного адекватного лечения патологических образований щитовидной железы, которые на сегодняшний день встречаются у 4–10 % населения, до сих пор остаётся актуальной. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа узловых образований железы, однако частота их выявляемости зависит от метода исследования. Так, при пальпации она составляет 4–6 % у населения в районах с достаточным содержанием йода в воде и пище, в зонах зобной эндемии распространённость – несколько выше. При УЗИ частота выявления не диагностированных ранее узлов у взрослых составляет 13–40 %. При аутопсии лиц, умерших от нетиреоидных заболеваний, узлы находят у более чем половины. В данной статье рассматривается вопрос о современных возможностях комплексной диагностики узловых образований щитовидной железы. Несмотря на большое число проведенных исследований, не всегда возможно правильно установить точный морфологический диагноз узловых образований щитовидной железы, что свидетельствует о необходимости совершенствования существующих и поиска новых, более информативных методов диагностики. В этом отношении сообщения об использовании измерений тканевого давления в щитовидные железы для дифференциальной диагностики различной патологии данного органа представляются весьма перспективными.

Ключевые слова: щитовидная железа; морфологическая форма; узловое образование; рак щитовидной железы.

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа узловых образований щитовидной железы (УО ЩЖ) [16]. Частота выявляемости узлов в щитовидной железе (ЩЖ) зависит от метода исследования. При пальпации ЩЖ узловые образования обнаруживают у 4–6 % населения в районах с достаточным содержанием йода в воде и пище, в зонах зобной эндемии распространённость их несколько выше. При УЗИ ЩЖ частота выявления узлов у взрослых, недиагностированных ранее, составляет 13–40 %. При аутопсии лиц, умерших от нетиреоидных заболеваний, узлы в ЩЖ находят более чем у половины людей [2].

Распространённость рака ЩЖ среди узловых образований, ЩЖ, по данным разных авторов, составляет от 2,4 до 31,4 %. По данным В. В. Двойрина (2001), темп прироста рака ЩЖ за последнее десятилетие составил 131–133 %, что значительно превышает показатели других онкологических заболеваний. По данным Американского онкологического общества, в США ежегодно регистрируется около 17 000 новых случаев заболевания и около 1300 случаев смерти, связанной с раком ЩЖ. В связи с этим проблема дифференциальной диагностики УО ЩЖ становится особенно актуальной.

Проблема ранней диагностики и своевременного адекватного лечения патологических образований ЩЖ, которые на сегодняшний день встречаются у 4–10 % населения, до сих пор остаётся актуальной. По данным С. И. Исмоилова, частота встречаемости узловых эутиреоидных заболеваний составляет от 10 до 62 %. Под термином “узловые заболевания” рассматривают узловую коллоидный зоб (УКЗ), аденомы, “псевдоузлы” при хроническом аутоиммунном тиреоидите (ХАИТ), различные морфологические варианты РЩЖ, а также их сочетания. О том, что распространённость очаговых поражений ЩЖ чрезвычайно высока во многих странах мира, свидетельствуют многочисленные исследования. Так? во Франции на 1 тыс. человек приходится в среднем 35 % узловых образований ЩЖ, в США на 100 человек – 21 % (4–7 % всего населения), в Японии на 450 человек – 19 %. В Узбекистане на 2 тыс. населения приходится в среднем до 10 % очаговой патологии [3]. Ряд авторов отметили, что количество очаговых образований ЩЖ с возрастом увеличивается [19].

До настоящего времени существовало множество морфологических классификаций заболеваний ЩЖ, ко-

торые отражены в работе Г. А. Мельниченко. В 50-е годы была предложена подробная патоморфологическая классификация Абрикосова-Арндта, отражающая различные формы узлового зоба; в 1973 г. Б. В. Алешин и С. Г. Генес приводят аналогичную классификацию, в которой узловой зоб, как самостоятельная единица, уже не используется; предложенная, в свою очередь, И. О. Воскобойниковым клинико-морфологическая классификация многоузловых образований, отдельно рассматривает УКЗ, аденомы, различные формы рака, узлы различной морфологической структуры на фоне ХАИТ и сочетание различных гистологических форм; в классификации О. К. Хмельницкого (1997) рассматриваются только опухоли.

Единой общепринятой морфологической классификации УО ЩЖ в настоящее время не существует. До сих пор продолжается горячая дискуссия о клинической ценности и значимости той или иной классификации патологии ЩЖ. Анализ литературы показал, что мнения разных авторов во многом расходятся, а не редко и исключают друг друга [4, 16].

Так, говоря о классификации УО ЩЖ, ряд авторов предлагает пользоваться схемой Э. Касаткиной (2001). В то же время, Е. Ф. Лушников (2002) утверждает, что предложенная схема является спорной, подчеркивая, что зоб, как понятие, нельзя рассматривать в отрыве от теории и практики медицины и предлагает наряду со специальными классификациями О. В. Николаева (1955), О. К. Хмельницкого (1997) и др. использовать предложенную им базовую классификацию [7]:

1. Йоддефицитные болезни (зобная болезнь).
 - 1.1. Гиперстастический зоб.
 - 1.2. Гипертрофический зоб.
 - 1.3. Смешанный зоб.
2. Аутоиммунные болезни.
 - 2.1. Болезнь Грейвса.
 - 2.2. Болезнь Хасимото.
3. Воспалительные болезни.
 - 3.1. Тиреоидиты микробные.
 - 3.2. Тиреоидит де Кервена.
 - 3.3. Тиреоидит Риделя.
4. Генетические болезни.
 - 4.1. Дисгормональная струма.
 - 4.2. Врожденные аномалии.

5. Новообразования.

5.1. Доброкачественные.

5.2. Злокачественные.

6. Комбинированные болезни.

6.1. Разные болезни одной ЩЖ.

6.2. Болезни ЩЖ и других органов у одного пациента.

7. Другие болезни.

Важной проблемой является использование в научной и практической деятельности принятых международных классификаций. Например, международная гистологическая классификация опухолей ЩЖ (ВОЗ, 1988) на русский язык не была переведена, а потому для части патологов оказалась недоступной [11]. До настоящего времени это является одной из причин разногласий в диагнозах и наряду с низким качеством гистологических препаратов в некоторых медицинских учреждениях источником неточностей в статистике новообразований. Так, диссонансом выглядят данные Национального радиационно-эпидемиологического регистра (НРЭР) о распределении гистологических форм рака ЩЖ [8].

В работе мы пользовались объединенной клинико-морфологической классификацией узловых образований щитовидной железы, так как она наиболее полно отражает сущность патологических процессов в ЩЖ:

1. Узловой (много-) эутиреоидный коллоидный зоб (коллоидный частично пролиферирующий зоб, коллоидный пролиферирующий зоб, коллоидный активно пролиферирующий зоб, коллоидный зоб с явлениями аденоматоза – аденоматозный зоб).

2. Аденомы из А- и В-клеток (аденомы из А-клеток – фолликулярного строения, папиллярного строения; аденомы фолликулярного строения из В-клеток).

3. Узлы различной морфологической структуры на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита (аденомы и (или) коллоидные зобы на фоне ХАИТ, гипертрофические формы ХАИТ).

4. Рак ЩЖ (папиллярные аденокарциномы, фолликулярные аденокарциномы, смешанные папиллярно-фолликулярные аденокарциномы, низкодифференцированные, недифференцированные (анапластические) карциномы, С-клеточные карциномы разнообразного строения).

5. Сочетание различных гистологических форм (аденомы в сочетании с коллоидным зобом, различные формы аденокарцином в сочетании с коллоидным зобом или с аденомами).

Все факторы, ведущие к образованию узлов в ЩЖ, разделяют на 3 группы: генетические (44,2 %), дисгормональные расстройства (61,2 %) и экзогенные факторы (37,8 %).

Основной причиной возникновения узлового коллоидного зоба является йодный дефицит различного происхождения. При недостаточном поступлении йода для поддержания эутиреоидного состояния происходит усиление продукции менее йодированного, но биологически более активного T_3 , тогда как содержание T_4 снижается. По механизму обратной связи повышается секреция ТТГ, что приводит к увеличению количества тиреоцитов. Кроме ТТГ, существуют полипептиды, повышающие функциональную активность и способность к размножению тиреоидных клеток – “эпидермальный фактор роста”, “рост стимулирующий иммуноглобулин”, соматотропный гормон. Повышенный уровень фтора и кальция в питьевой воде приводит к развитию узлов в ЩЖ. Антитиреоидные препараты и сульфаниламиды могут также дать зобогенный эффект.

Опухоли ЩЖ возникают из 4 типов клеток: фолликулярных А-клеток, фолликулярных В-клеток (клеток Гюртле – Ашкенази, зоинофильных клеток, оксифильных клеток, онкоцитов), парафолликулярных С-клеток и из нетиреоидных (“пришлых”) неэпителиальных клеток. Доброкачественные и злокачественные поражения с фолликулярно-клеточной дифференциацией составляют 90–95 % опухолей ЩЖ. Фолликулярная аденома 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.

Возникновение аденом и рака щитовидной железы (РЩЖ) является следствием нарушения клеточной пролиферации тиреоцитов. Не последнее место в этом отведено наследственной предрасположенности, воздействию ионизирующей радиации [8, 10].

Выявить РЩЖ на основании только данных анамнеза и физического обследования довольно сложно. Это связано с тем, что большинство злокачественных опухолей ЩЖ относятся к высокодифференцированным и ничем не отличаются от доброкачественных узлов ЩЖ. Такие общепринятые критерии злокачественности, как быстрый рост узла и плотная консистенция, мало помогают в дифференциальной диагностике доброкачественных заболеваний и рака ЩЖ. Так, с одной стороны, быстрый рост узла часто наблюдают при кровоизлиянии в аденому, а у лиц с тиреоидитом Хасимото в ЩЖ обнаруживают плотные узлы, с другой, злокачественный узел может быть мягким при пальпации и длительно существовать в ЩЖ без признаков роста. Такие критерии злокачественности узла, как отсутствие смещаемости при глотании, охриплость голоса, увеличение регионарных лимфатических узлов, являются более специфичными, однако встречаются крайне редко. Между тем, клинические данные следует обязательно учитывать при оценке УО ЩЖ. Прежде всего, те из них, которые указывают на высокий риск злокачественности данного узла, а именно возраст больного старше 60 лет и моложе 25 лет, мужской пол, облучение области головы и шеи в анамнезе, размер узла, превышающий 3–4 см [15].

Информативность пальпаторного обследования составляет от 35 до 62,5 %, а в 25–36 % наблюдений пальпируемые солитарные узлы при применении дополнительных методов оказываются множественными [4, 10]. Проведенный анализ показывает, что в 26–40 % наблюдений имеется несовпадение данных пальпаторного обследования в отношении количества узлов с оперативными находками [11]. Достоверность пальпаторного исследования зависит от размера и месторасположения узла, размера и формы шеи, опыта врача. Наряду с общепринятыми лабораторными исследованиями (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма), больным с УО ЩЖ необходимо исследование гормонального статуса. При выявлении у пациента УО ЩЖ показана оценка уровня ТТГ высокочувствительным методом [20]. При обнаружении сниженного уровня ТТГ дополнительно проводится определение уровня свободного T_4 и свободного T_3 , при обнаружении повышенного ТТГ – уровня свободного T_4 . Определение уровня тиреоглобулина, а также антител к ЩЖ в диагностическом поиске при узловом зобе не целесообразно.

Лабораторные методы диагностики позволяют уточнить диагноз заболевания, но не исключают ошибки в их трактовке. Так, при климаксе в крови может наблюдаться повышение содержания ТТГ при интактной щитовидной железе. Повышенный титр антител к тиреоглобулину и к пероксидазе тироцитов может быть получен у больных с неэндокринными заболеваниями при приеме препаратов, влияющих на характер иммунного ответа.

Широкое внедрение в клиническую практику современных инструментальных методов исследований позволило существенно увеличить дифференциальные возможности в диагностике УО ЩЖ [21]. Однако в многочисленных работах приводятся противоречивые данные о диагностической ценности каждого из существующих методов, а также о возможностях их сочетания или последовательного применения. До сих пор “золотым” стандартом диагностики УО ЩЖ остается плановое гистологическое исследование. Своевременная и точная диагностика УО ЩЖ имеет важное значение в выборе метода лечения, объема и характера оперативного вмешательства. Обзорная рентгенография не имеет существенного значения в диагностике УО ЩЖ и позволяет судить о характере поражения лишь по косвенным признакам смещение, сдавление трахеи и пищевода, ретротрахеального пространства.

Широко применялся метод пневмотиреоидографии, заключающийся в контрастировании щитовидной железы введением кислорода в межфасциальное пространство шеи [9]. Были выделены прямые (изменения видимых контуров щитовидной железы) и косвенные признаки (оттеснение и сдавление трахеи, пищевода, мышц, крупных кровеносных сосудов) поражения щитовидной железы. Этот метод использовался для диагностики загрудинного зоба, узловых форм зоба [19].

Около трех десятилетий назад появились первые работы, посвященные применению термографии в диагностике заболеваний щитовидной железы. Большинство работ было посвящено дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных заболеваний щитовидной железы [20]. Однако ряд авторов отмечает тот факт, что не установлена корреляционная зависимость между данными термографии, гистологической структуры и размеров опухоли щитовидной железы [2].

До сих пор для дифференциальной диагностики заболеваний щитовидной железы применяется непрямая чрезкожная тиреоидолимфография [19]. Этот метод позволяет получить дополнительную информацию о структуре, топографии, форме, контурах и размерах щитовидной железы, в определенной степени оценить внутриорганный распространенность патологического процесса, являясь при этом достаточно простым и доступным [5].

Тиреоидолимфография может быть использована для прижизненного изучения лимфообращения в щитовидной железе. По данным некоторых авторов, тиреоидолимфография позволяет на основании данных о скорости распространения и выведения контрастного вещества судить о функциональном состоянии щитовидной железы [10]. Этот метод позволяет визуализировать небольшие узловые образования более достоверно, чем сканирование проводить дифференциальную диагностику между узловым и многоузловым зобом помогает в диагностике рака щитовидной железы.

Однако по мнению М. П. Черенко (1989), тиреоидолимфография не имеет решающего значения в диагностике рака щитовидной железы. И. А. Шухгалтер и соавт.

(1987) считают, что при развитии рака в доброкачественной опухоли (узловой зоб, аденома), лимфографические признаки злокачественности отсутствуют до момента выхода процесса за капсулу. С. А. Сергеев (1985) подчеркивает, что тиреоидографические критерии злокачественности были достоверны только при распространенных злокачественных поражениях и не имеют практического значения для дифференциальной диагностики. А. Bollo at al. (1959) предложили метод артериографии для диагностики заболеваний щитовидной железы. Ряд исследователей использовал его в диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы. Артериография в диагностике заболеваний щитовидной железы имеет вспомогательное значение и должна проводиться по строгим показаниям только в тех случаях, когда другие методы не дают необходимой диагностической информации.

Одним из методов, применяемым для обследования пациентов с УО ЩЖ, является РНС ЩЖ. Характер накопления радиофармпрепарата в ЩЖ обусловлен ее функциональной активностью. Сканограмма дает возможность определить топографию, форму, размеры доли, а также функциональную активность узловых образований и паренхимы ЩЖ.

Трудно не согласиться с мнением ряда исследователей, о том, что на современном этапе развития тиреоидологии выявление УО ЩЖ при радионуклидном сканировании (РНС) нецелесообразно, так как полученная при помощи метода информация не представляет большой диагностической ценности. Существовавшее ранее мнение о том, что подозрительными на рак являются “холодные” узлы, в настоящее время подвергается сомнению, поскольку есть данные, подтверждающие, что раковые опухоли также способны накапливать фармпрепараты, описаны случаи выявления рака в функционирующих, “теплых” и гиперфункционирующих, “горячих” узлах. Частота малигнизации в “горячих узлах”, по сообщениям разных авторов, составляет 16–20 %. С другой стороны, несмотря на то, что на сканограмме рак ЩЖ выглядит как нефункционирующий или “холодный” узел, большинство “холодных” узлов при гистологическом исследовании оказываются коллоидными, рак среди них обнаруживают в 15–20 % наблюдений [3].

Появились публикации ряда авторов об успешном выявлении малигнизации аденом ЩЖ при одновременном использовании двух изотопов – Tl^{201} и I^{131} . Вместе с тем указанные авторы, равно как и большинство других исследователей, не считают целесообразным рутинное использование РНС для дифференциальной диагностики новообразований ЩЖ.

К недостаткам метода следует отнести необходимость введения радиоактивного вещества в организм пациента, сложности при выявлении образования менее 15 мм, невозможность дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных узловых образований, при многоузловой эутиреоидном зобе (МУЭЗ) интерпретация сканограмм затруднительна и сопровождается наибольшим числом ошибок. Однако использование РНС ЩЖ в отдаленном периоде информативно для уточнения локализации остаточной и эктопированной тиреоидной ткани, определения метастазов в региональных лимфатических узлах. Таким образом, в настоящее время сканирование не имеет существенного значения в дифференциальной диагностике УО ЩЖ.

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография – методы дорогостоящие, недоступные для большинства пациентов и не имеющие значительных преимуществ перед традиционными диагностическими тестами – могут быть использованы для выявления загрудинного зоба, метастазов опухолей, для выявления инвазии смежных структур при местно-распространенной форме рака [21]. В типичных клинических случаях КТ и МРТ не имеют сколько-нибудь статистически значимых преимуществ перед УЗИ в сочетании с ТАБ под ультразвуковым контролем [8]. Большинство исследователей, учитывая вышеизложенное, не считают их методом выбора при большинстве заболеваний ЩЖ [9].

Применение УЗИ, обладающего высокой диагностической эффективностью, более предпочтительно, чем КТ и МРТ. Ультразвуковое исследование в настоящее время наиболее широко используется для выявления УО ЩЖ. С высокой разрешающей способностью УЗИ позволяет определить локализацию и размеры узлов, оценить ультразвуковые характеристики, на основании которых возможно проведение дифференциальной диагностики узловых образований. Так, при УЗИ ЩЖ частота выявления не диагностированных ранее узлов у взрослых составляет 13–40 %. Гиперэхогенные узлы чаще являются доброкачественными, чем узлы гипозоногенные [19]. Следует отметить, что в ряде работ гиперэхогенные структуры узла часто выявляются при высокодифференцированной фолликулярной аденокарциноме.

Диагностическое значение имеют кальцификаты: периферическая кальцификация свидетельствует о доброкачественности узла, выявление микрокальцификатов в его центре подозрительно на злокачественные изменения. Гипозоногенный венчик более характерен для фолликулярных аденом и злокачественных образований. Другие авторы считают гипозоногенный венчик признаком коллоидного зоба. Чувствительность УЗИ при выявлении фолликулярных аденом колеблется от 47 до 74 %. Чувствительность УЗИ в диагностике многоузлового зутироидного зоба составляет от 26 до 68 %. Высока эффективность УЗИ в выявлении регионарных лимфатических узлов (80–92 %). Однако практически не представляется возможным провести дифференциальный диагноз пораженных и неизмененных лимфатических узлов. Учитывая высокую интенсивность кровотока в ЩЖ, дифференциально-диагностическая значимость доплерографического исследования при узловых образованиях ЩЖ незначительна.

В предоперационном обследовании больного придается большое значение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). По сводным данным, общая чувствительность ТАБ при заболеваниях ЩЖ составляет 60–94 %, специфичность достигает 94–100 %. Процент ложноотрицательных результатов варьирует от 4 до 11 (в среднем 5 %), ложноположительных – от 0 до 10 (в среднем 3 %). Получение адекватного цитологического материала с помощью ТАБ, по данным литературы, возможно в 80–98 % наблюдений, что во многом зависит от опыта специалиста, проводящего указанную диагностическую процедуру. Некоторые исследователи предпочитают толстоигольную биопсию ЩЖ, указывая на ее преимущества. С помощью указанной процедуры можно получить столбик ткани для цитологического исследования. Многие исследователи считают, что эффективность ТАБ и толстоигольной биопсии в диагностике заболеваний ЩЖ приблизительно

одинакова, но при толстоигольной биопсии отмечается большее число осложнений. По данным Н. И. Никитиной (1972), совпадение данных цитологического и гистологического исследований при коллоидном зобе наблюдается в 75 %, при аденомах – в 93 %, при раке ЩЖ – в 100 % случаев. Такие же данные приводятся и в других современных исследованиях. Чувствительность ТАБ в выявлении рака ЩЖ, по данным большинства авторов, составляет от 10 до 62 %. Пункционная биопсия позволяет установить диагноз лишь в 3/4 всех случаев рака ЩЖ. Диагностическая ценность при фолликулярном раке более низкая (не более 40 %). Особенно трудно при пункционной биопсии отличить фолликулярную аденому, которая является доброкачественной опухолью, от фолликулярного рака. Поэтому фолликулярная аденома независимо от размеров и степени активности является показанием к оперативному вмешательству. Чувствительность ТАБ при МУЭЗ снижается по сравнению с чувствительностью при солитарных УО ЩЖ. Чувствительность метода, по данным разных исследователей, составляет 60–94 %, специфичность достигает 64–86 %.

Морфологический материал, полученный при ТАБ, принято делить на 4 категории: 1) доброкачественные изменения; 2) злокачественные изменения; 3) подозрительные на злокачественные; 4) недостаточный для исследования материал.

Частота выявления доброкачественных изменений в узловых образованиях ЩЖ составляет в среднем 70 %. Доброкачественные изменения включают в себя коллоидный зоб, тиреоидиты и нормальную ЩЖ.

Злокачественные изменения обнаруживают в среднем у 4% больных. Папиллярный рак легко диагностируется с помощью ТАБ. Диагностическая ценность ТАБ при фолликулярной аденокарциноме не более 40 %.

Подозрительные или неопределенные изменения выявляют в среднем у 10 % больных. В группу подозрительных изменений обычно включают фолликулярные и портклеточные опухоли ЩЖ. На основании цитологического исследования нельзя отличить фолликулярную аденому от фолликулярного рака. Именно поэтому их объединяют в одну цитологическую категорию – фолликулярную опухоль из А или В-клеток [12]. С портклеточными неоплазмами поступают аналогичным образом по той же самой причине. В связи с высокой частотой встречаемости в этой группе рака ЩЖ (около 20 %) большинство специалистов рекомендуют их удаление со срочным гистологическим исследованием.

Непредставительные аспираты обнаруживают у 15–20 % больных. Недостаточными аспираты чаще всего бывают при пункции кистозноизмененных и хорошо кровоснабжаемых узлов. Кисты являются характерным признаком длительно существующего узлового коллоидного зоба, однако частота встречаемости папиллярного рака в таких узлах составляет 20 %. Если же при повторных пункциях цитологическое заключение определяет узел как “содержимое кисты”, его рекомендуют оперировать.

Заключение морфолога должно содержать описательную часть и стандартный цитологический диагноз. Среди стандартных заключений по результатам цитологического исследования материала, полученного при ТАБ ЩЖ, могут быть рекомендованы следующие:

1. Неопухольевые заболевания щитовидной железы;
- а) коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб;

- б) аутоиммунный тиреоидит;
- в) подострый (гранулематозный) тиреоидит.

2. Злокачественные опухоли:

- а) папиллярная карцинома;
- б) медуллярная карцинома;
- в) анапластическая карцинома;
- г) лимфома;
- д) метастазы экстраклеточной опухоли в ЩЖ.

3. Подозрительные на злокачественные:

- а) фолликулярная опухоль (неоплазия);
- б) неоплазия из клеток Гюртле-Ашкинази.

Использование заключений, содержащих одну только описательную часть, а также формулировок без конкретного цитологического диагноза ("атипичных клеток не обнаружено" и т. п.) требует пересмотра препаратов или повторной ТАБ и должны рассматриваться как неинформативные.

Недостатком ТАБ является то, что манипуляция осуществляется практически "вслепую", опираясь на данные пальпации. Наибольшую перспективу развития визуального контроля при проведении пункционной биопсии современные исследователи видят в использовании УЗИ. ТАБ с ультразвуковым наведением позволяет увеличить чувствительность до 93 %, а специфичность до – 89 %. Получение цитологического материала при непальпируемых образованиях ЩЖ возможно только под контролем УЗИ. По данным Е. И. Трофимова (1997), при сравнительной оценке результатов цитологического исследования, полученных при пункции непальпируемых узловых образований под контролем УЗИ и планового морфологического исследования диагнозы совпадали в 77,1 % наблюдений.

Таким образом, как показывают данные литературы, дооперационные методы исследования не позволяют в

100 % случаев установить достоверный диагноз. В связи с этим большая роль уделяется методам интраоперационной диагностики УО ЩЖ.

Одним из методов интраоперационной диагностики является трепанобиопсия. По данным Е. Н. Сучковой, послеоперационное гистологическое исследование совпадает с данными трепанобиопсии во всех наблюдениях. По мнению К. И. Мышкина и соавт., трепанобиопсия важна в диагностике аутоиммунного тиреоидита и рака ЩЖ. Однако данный метод вызывает сомнения у ряда авторов. По мнению R. Torner et P. Lentonturier, H. Holms et al. метод малоубедителен для верификации аутоиммунного тиреоидита и рака ЩЖ [22].

Таким образом, анализ литературы показал, что количество больных с УО ЩЖ не имеет тенденцию к снижению, в том числе и с РЩЖ. Несмотря на использование комплекса современных методов диагностики, не всегда возможно правильно установить точный морфологический диагноз УО ЩЖ, что свидетельствует о необходимости совершенствования существующих и поиска новых более информативных методов диагностики. В этом отношении сообщения об использовании измерений тканевого давления в ЩЖ для дифференциальной диагностики различной патологии данного органа представляются весьма перспективными. В последние годы появляются работы, где проводится более четкая морфологическая дифференцировка понятия УО ЩЖ, и на основании этого определяется объем операции. Существующие в настоящее время две полярные точки зрения на объем оперативного вмешательства при патологии ЩЖ (экономные или расширенные резекции) не исключают, что объем хирургического вмешательства должен быть строго индивидуален в зависимости от морфологической формы УО ЩЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аристархов В. Г. Отдаленные результаты оперативного лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы у пожилых пациентов / В. Г. Аристархов, Н. В. Данилов // Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. – 2014. – № 1.
2. Балаболкин М. И. Фундаментальная и клиническая тиреодология : руководство / М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанова, В. М. Кремская. – М. : Медицина, 2007. – 816 с.
3. Бельфиоре А. Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы / А. Бельфиоре // Thyroid international. – 2002. – Т. 2. – С. 16.
4. Ванушко В. Э. Узловой зоб / В. Э. Ванушко, В. В. Фадеев // Эндокринная хирургия. – 2012. – № 4.
5. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба / Ф. А. Даминов [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 1. – С. 21–21.
6. Иванова О. И. Особенности морфологии щитовидной железы при хроническом аутоиммунном тиреоидите / О. И. Иванова, С. В. Логвинов, Т. В. Соломатина // Сибирский онкологический журнал. – 2006. – № 2.
7. Кондратьева Т. Т. Морфологическая диагностика узловых образований щитовидной железы / Т. Т. Кондратьева, А. И. Павловская, Е. А. Врублевская // Практическая онкология. – 2007. – Т. 8, № 1. – С. 9–16.
8. Косивцов О. А. Узловые образования щитовидной железы: дифференцированный подход к хирургическому лечению и качество жизни больных после операции : дисс. / О. А. Косивцов. – Волгоград, 2007.
9. Миронов С. Б. Новые технологии ультразвукового изображения в диагностике узловых образований щитовидной железы / С. Б. Миронов // Сибирский онкологический журнал. – 2007. – № 2.
10. Возможности эластографии сдвиговой волны в дифференциальной диагностике очаговой патологии щитовидной железы / А. В. Поморцев [и др.] // Лучевая диагностика и лучевая терапия. – 2011. – № 3. – С. 60–65.
11. Отдаленные результаты хирургического лечения доброкачественной очаговой патологии щитовидной железы / Ю. М. Тарашченко [и др.] // Международный эндокринологический журнал. – 2015. – № 3 (67).
12. Фадеев В. В. Узловые образования щитовидной железы: международные алгоритмы и отечественная клиническая практика / В. В. Фадеев // Врач. – 2002. – Т. 7. – С. 12–16.
13. Узловые образования и рак щитовидной железы после лучевого лечения у больных лимфомой Ходжкина / Е. Ф. Халиль [и др.] // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. – 2010. – Т. 1. – № 10.
14. Шулуток А. М. Непальпируемые узловые образования щитовидной железы / А. М. Шулуток, В. И. Семиков, П. С. Ветшев. – М. : Профиль-2С, 2011.
15. Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы / Ш. А. Юсупов [и др.] // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – № 1 (29). – С. 80–84.
16. Bolgov M. Y. Results of long-term follow-up of patients with benign nodules of thyroid gland / M. Y. Bolgov, Y. N. Taraschenko, I. R. Yanchiy // International Journal of Endocrinology. – 2014. – No. 2.58. – P. 9–14.

17. Kasymov S. Z. Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome / S. Z. Kasymov, S. S. Davlatov. – 2013. – P. 85.

18. Kasimov S. Haemosorption in complex management of hepatargia / S. Kasimov // The International Journal of Artificial Organs. – 2013. – Vol. 36, No. 8. – P. 548.

19. Malik A. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan / A. Malik // Nagoya Journal of Medical Science. – 2014. – Vol. 76, No. 3–4. – P. 255.

20. Юсупов С. А. Віддалені результати оперативного лікування вузлових утворів щитоподібної залози / С. А. Юсупов // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1.

21. Shamsiyev A. M. The influence of environmental factors on human health in Uzbekistan / A. M. Shamsiyev, S. A. Khusinova // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. – P. 249–252.

Получено 19.01.18

©Sh. A. Yusupov, Z. B. Kurbaniyazov, A. F. Zayniev
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

NODAL FORMATIONS OF THE THYROID GLAND. THE STATE OF THE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)

Summary. The problem of early diagnosis and timely adequate treatment of pathological formations of the thyroid gland, which today are found in 4–10 % of the population, is still relevant. At present, there is a tendency to increase the number of nodular formations of the gland, but the frequency of their detection depends on the method of examination. So, with palpation, it is 4–6 % of nodes in the population in areas with a sufficient content of iodine in water and food; in areas of goiter endemicia the prevalence is higher. At ultrasonography the frequency of detection of not-diagnosed earlier nodes in adults makes 13–40 %. At autopsy of persons who died from non-thyroid diseases, nodes are found in more than half. The question of modern possibilities of complex diagnostics of nodular formations of the thyroid gland is considered. Despite the large number of studies conducted, it is not always possible to correctly establish the exact morphological diagnosis of thyroid nodules, which indicates the need to improve existing and search for new more informative diagnostic methods. In this respect, reports on the use of tissue pressure measurements in the thyroid glands for differential diagnosis of various pathologies of this organ appear to be very promising.

Key words: thyroid gland; morphological form; nodal formation; thyroid cancer.

©Ш. А. Юсупов, З. Б. Курбаніязов, А. Ф. Зайнієв
Самаркандський державний медичний інститут, Республіка Узбекистан

ВУЗЛОВІ УТВОРЕННЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ. СТАН ПРОБЛЕМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. Проблема ранньої діагностики та своєчасного адекватного лікування патологічних утворень щитоподібної залози, котрі сьогодні зустрічаються у 4–10 % населення, досі залишається актуальною. Спостерігається тенденція до зростання частоти діагностування вузлових новоутворень залози, однак цифри залежать від обраного методу обстеження. Так, при пальпації вузли діагностують у 4–6 % обстежуваних в районах с достатнім вмістом йоду в воді та продуктах харчування, а у зонах ендемічних по зобу – ця цифра вища. При ультразвуковому обстеженні щитоподібної залози частота виявлення раніше не діагностованих вузлів у дорослого населення складає 13–40 %. При аутопсії людей, котрі померли від нетиреоїдних захворювань, вузли знаходять більше ніж у половини. У даному огляді літератури розглядаються питання сучасних можливостей комплексної діагностики вузлових утворень щитоподібної залози. Незважаючи на значну кількість проведених обстежень, не завжди можливо правильно встановити точний морфологічний діагноз, що свідчить про необхідність удосконалення існуючих та пошуку нових більш інформативних методів діагностики. В даному аспекті повідомлення про використання вимірювань тканинного тиску в щитоподібній залозі видаються досить перспективними.

Ключові слова: щитовидна залоза; морфологічна форма; вузлові утвори; рак щитоподібної залози.