

tissues. They come to a conclusion that as far as thyroid diseases are concerned, true thyroalgias are the most incident in various thyroiditis forms, thyroid tumors, postoperative cicatrices, and are explained by the pathologic process impact on glandular capsule (stretching, intergrowth, pressure, etc.). Of diseases not directly related to thyroid but causing thyroalgias (pseudothyroalgias) laryngitis, pharyngitis, and osseous

conditions are the most incident, which indirectly influence pain development. Pseudothyroalgias should be differentiated from such osseous changes in the neck as deforming spondylosis, spondylarthrosis, extra cervical ribs (a developmental abnormality), and structural specificities of temporal bone styloid processes.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1993

УДК 616.441-006.5-072.1

С. Л. Внотченко, Т. А. Океанова, М. Э. Бронштейн, С. Б. Нефедов, Г. И. Федосеева

ТОНКОИГОЛЬНАЯ ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ И МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ФОРМ ЗОБА

Эндокринологический научный центр (дир — член-корр. РАМН И. И. Дедов) РАМН, Москва

(Много)узловой зоб — собирательное клиническое понятие, применяемое к заболеваниям щитовидной железы (ЩЖ) с различной морфологической основой — (много)узловому эндемическому и спорадическому зобу (микроскопически чаще всего коллоидный пролиферирующий), аденоме ЩЖ или первично-множественным аденомам, злокачественным опухолям, кистам (кистозные зобы), аутоиммунному тиреоидиту (АТ) — диффузной форме (имитация узлов гипертрофированными дольками железы) или диффузно-узловой форме, сочетанному поражению ЩЖ (аденома, узловой зоб, рак на фоне АТ, диффузного токсического и других вариантов зоба) (табл. 1). Нетиреоидные заболевания — срединная или боковая киста шеи, киста околощитовидной железы, липома и т. д. — также могут имитировать узлообразование в ЩЖ. Необходимость выяснения природы узлообразования очевидна.

Пункционная биопсия ЩЖ до сих пор остается единственным способом прямой оценки как структурных изменений в железе, так и установления гистогенеза образований в области ЩЖ и шеи. Широкое применение его обусловлено высокой чувствительностью и специфичностью [11]. Из двух известных вариантов метода — тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии и трепанобиопсии — применяют главным образом первый, так как трепанобиопсия, не имея явных преимуществ в диагностике, несомненно, более травматична. В ЭНЦ мы применяем тонкоиголь-

ную пункционную биопсию без аспирации (ТПБ), что позволяет получить цитологические препараты более высокого качества.

К традиционным задачам ТПБ относят подтверждение или опровержение диагноза злокачественной опухоли ЩЖ, определение ее структуры. На нашем материале в 5—7 % случаев всех пункций, включая диффузные и узловые формы зоба, цитограмма пунктата указывала на малигнизацию. Процент ее относительно невелик, поскольку тех больных, у которых клиническая картина с наибольшей вероятностью указывала на злокачественную опухоль ЩЖ, направляли на обследование в онкологические учреждения. В практике эндокринолога основные задачи ТПБ ЩЖ — выявление в тиреоидной ткани морфологических изменений, определяющих выбор хирургической тактики, и дифференциальная диагностика АТ и заболеваний со сходной клинической симптоматикой.

Материалы и методы

Опыт применения ТПБ в разных клиниках, в том числе в нашей, показал, что оптимальный результат достигается в случае выполнения метода одним клиницистом, имеющим достаточный опыт (не менее 500 пункций в год), и одним квалифицированным цитологом во избежание разной интерпретации одинаковых изменений в ЩЖ [4, 7, 10, 16]. Описание цитограмм пунктата ЩЖ при различных ее заболеваниях представлено в методических рекомендациях [3].

На нашем материале (около 800 пункций ежегодно) ТПБ ЩЖ позволяет получить цитологический материал в 90 % случаев (сюда включены все пункции независимо от характера увеличения ЩЖ). По данным литературы, эта величина колеблется от 88 до 97 % [5, 8, 14, 16—18]. Если пунктат содержал только периферическую кровь либо недостаточное количество тиреоидных клеток или цитологическое заключение явно противоречило клиническому диагнозу, ТПБ выполняли повторно.

Мы провели ретроспективный анализ результатов 282 ТПБ ЩЖ у 256 больных, оперированных в хирургическом отделении (зав. — проф. К. Н. Казеев) института по поводу (много)узловой зоба в 1986—1989 гг. Цитологические заключения сопоставляли с гистологическими, с клиническим диагнозом, результатами ультразвукового исследования (УЗИ) и сканирования (сканирования) ЩЖ.

Результаты и их обсуждение

Цитологические заключения совпали с гистологическими у 217 из 256 (84,8 %) больных. Для оценки информативности ТПБ при разных заболеваниях ЩЖ по гистологическим заключениям выделены 3 группы больных: 1-я — 153 больных

Сопоставление (в %) клинического и нозологического диагнозов у больных, оперированных по поводу узлообразования в ЩЖ (нозологический диагноз верифицирован гистологическим исследованием)

Нозологический диагноз	Клинический диагноз	
	узловой зоб	многоузловой зоб
Узловой зоб эндемический, спорадический	31	2
Многоузловой зоб эндемический, спорадический	18	50
Киста (кисточный зоб)	4	4
Аденома (ы)	26	13
Рак (макроопухоль)	9	8
Хронический тиреоидит	4	10
Сочетанная патология	8	13

Таблица 2

Информативность цитограммы пунктата и УЗИ ЩЖ у больных с узловыми формами зоба (ретроспективный анализ у оперированных больных)

Группа больных	Полное совпадение результатов, %	
	цитологических и гистологических заключений	описания сонограммы с операционными данными (описанием макрпрепарата)
1-я — (много)узловой коллоидный зоб	96,1	87,5
солитарный узел	96,0	88,9
многоузловой зоб	95,7	81,8
киста (кистозный зоб)	100	100
2-я — аденома(ы) ЩЖ	67,0	86,1
солитарная	65,4	85,7
множественные	75,0	80,0*
сочетание аденомы и узлов	66,7	80,0
3-я — рак ЩЖ	75,0	100*

* Малое число наблюдений.

с (много)узловым зобом, чаще всего имеющим структуру коллоидного пролиферирующего; 2-я — 91 больной с аденомой ЩЖ; 3-я — 12 больных раком ЩЖ разнообразного типа строения.

1-я группа включала обследованных с солитарным узлом (75), с множественными узлами (70), а также с кистами (кистозными зобами — 8). Все они были оперированы по клиническим показаниям — в связи с большими размерами зоба, сужением и/или смещением трахеи и пищевода, плотной консистенцией узлов, увеличением размеров зоба, несмотря на лечение тиреоидными препаратами. Цитологические заключения совпали с гистологическими у 96,1 % больных 1-й группы — 96 % больных с солитарным узлом, 95,7 % с многоузловым зобом и 100 % с кистами ЩЖ (табл. 2). У остальных 6 (3,9 %) больных ошибочно диагностирована аденома (у 3 с солитарным узлом и у 3 с многоузловым зобом). Результаты УЗИ ЩЖ соответствовали операционным данным (описанию макрпрепарата) у 42 (87,5 %) из 48 больных, причем совпадение оказалось полным у больных с кистозным зобом (100 %); у остальных 12,5 % имелись рас-

хождения (у 2 больных по сонограмме описаны дополнительные узлы, у 2 конгломерат узлов расценен как солитарный узел, у 2 сделано заключение об АТ).

Сцинти(скано)грамма ЩЖ выполнена 82 больным 1-й группы: 42 с солитарным узлом и 40 с многоузловым зобом. Очаговое поражение ЩЖ выявлено у 74,4 % больных, из них у 57,3 % — «холодный» узел, у 17,1 % — «горячий-теплый». У 18,3 % накопление радионуклида было диффузно неравномерным, у 7,3 % получено нормальное изображение ЩЖ (табл. 3). У больных с многоузловым зобом сцинти(скано)грамма отличалась таким же разнообразием, как и при АТ, с которым обычно проводится дифференциальная диагностика, поэтому данное обследование оказалось практически бесполезным [1].

Во 2-ю группу вошли 55 больных с солитарной аденомой ЩЖ, 12 с первично-множественными аденомами, 24 с аденомой (аденомами) в сочетании с многоузловым зобом, преимущественно коллоидного строения. Цитологические заключения полностью совпали с гистологическими в 67 % случаев — у 65,4 % больных с солитарной аденомой, 75 % с множественными аденомами, 66,7 % с сочетанной патологией (см. табл. 2). У остальных 30 (33 %) больных 2-й группы клеток аденомы в пунктате не оказалось: у 18,7 % получено содержимое кистозной полости, у 12,1 % цитограмма пунктата соответствовала узловому коллоидному зобу, у 2,2 % — АТ. Полученные результаты требуют пояснений. Дегенеративные изменения в аденомах действительно имели место, что подтверждено гистологическим исследованием, в пунктате оказалось только содержимое кистозной полости, но не клетки аденомы, следовательно, эти пункции можно расценить как неинформативные. Если учитывать аденомы без дегенеративных кистозных изменений, совпадение цитологических и гистологических заключений возрастает до 82,4 %.

Таким образом, результат ТПБ в значительной мере зависит от наличия в аденоме дегенеративных изменений. У больных с цитологическим заключением «узловой коллоидный пролиферирующий зоб» аденома, как выяснилось при гистологическом исследовании, имела смешанное строение. Преобладающими были структуры, характерные

Таблица 3

Данные сцинтиграфии (сканирования) ЩЖ у больных с узловыми формами зоба

Группа больных	Гистологическое заключение	Число больных	Сцинти (скано) грамма			
			«холодные» узлы	«горячие-теплые» узлы	диффузно-неоднородное накопление радионуклида	норма или диффузное увеличение с равномерным накоплением
			частота, %			
1-я	(Много)узловой коллоидный зоб	82	57,3	17,1	18,3	7,3
	солитарный узел	42	61,9	21,4	9,5	7,1
	многоузловой зоб	40	52,5	12,5	27,5	7,5
2-я	Аденома(ы)	46	67,4	13,0	15,2	4,4
	солитарная	24	87,5	8,3	—	4,2
	множественные	10	60,0	20,0	20,0	—
	сочетание аденомы и узлов	12	33,3	16,6	41,7	8,3
3-я	Рак ЩЖ	12	83,4	8,3	8,3	—

для фетальной аденомы, но имелись и участки с морфологическими признаками узлового коллоидного зоба. У 2,2 % больных цитогамма соответствовала АТ, который действительно имел место в доле, но клеток аденомы в пунктате не было.

УЗИ было проведено 36 больным 2-й группы: у 86,1 % описание сонограммы совпало с операционными данными, в том числе у 22 % по УЗИ определенно высказано мнение о наличии аденомы (в подгруппе больных с солитарной аденомой — у 28,5 %), что подтверждено гистологическим исследованием. У 3 больных с солитарной аденомой из 21 (14,3 %) при УЗИ диагностирован конгломератный зоб. У 1 больной с сочетанной патологией по сонограмме диагностирован АТ, подтвержденный гистологически, но не аденома в сочетании с коллоидными узлами. Кистозные изменения обнаружены при УЗИ в 30 % аденом, что соответствовало гистологическим заключениям.

Сцинтиграфия (сканирование) ЩЖ выполнены 46 больным 2-й группы (см. табл. 3). У 80,4 % имелось очаговое поражение — 67,4 % «холодных» узлов и 13 % «горячих-теплых». В случаях солитарной аденомы «холодный» узел выявлялся в 10 раз чаще, чем «горячий-теплый».

В 3-й группе было 12 больных с аденокарциномой ЩЖ в виде солитарного образования. По гистологическому заключению в 3 случаях была папиллярная аденокарцинома, в 4 — папиллярно-фолликулярная, в 4 — фолликулярная, в 1 — папиллярная цистаденокарцинома. Ни у одного из больных этой группы не было клинических признаков злокачественной опухоли ЩЖ. Данные ТПБ совпали с гистологическим заключением в 75 % случаев. У остальных больных имело место расхождение результатов: у 1 по цитогамме диагностирован пролиферирующий зоб, у 1 — АТ, у 1 — фетальная аденома. В первых 2 случаях зобные изменения и АТ действительно имелись в тиреоидной ткани, окружающей опухоль (т. е. игла не попала в опухоль), в третьем оказалась фолликулярная аденокарцинома.

УЗИ ЩЖ было проведено лишь 4 больным этой группы. Описание сонограммы во всех случаях соответствовало узловому зобу без каких-либо особых признаков, отличающих данную группу больных. Однако следует подчеркнуть, что речь идет о начальных формах заболевания с небольшими размерами опухоли без признаков метастазирования и инфильтративного роста. На сцинтиграммах ЩЖ очаговое поражение обнаружено у 91,7 % больных, «холодные» узлы визуализировались в 10 раз чаще, чем «горячие-теплые» (см. табл. 3).

Ретроспективный анализ проведенных исследований показал, что в 65,4—100 % случаев результат ТПБ ЩЖ совпадает с гистологическим заключением. Минимальная частота совпадений обнаружена при солитарной аденоме ЩЖ, преимущественно фолликулярного и смешанного строения (с участками фетального строения и узлового зоба), максимальная — у больных с кистами (кистозным зобом) и (много)узловым зобом. Заслуживает внимания тот факт, что наличие кистозных изменений в аденоме снижает информативность ТПБ [6]. Полученные нами результаты

ТПБ ЩЖ существенно не отличаются от представленных в литературе [4, 5, 10, 14—19, 21]. Анализ диагностических ошибок указывает на две группы причин, обуславливающих расхождение между цитологическим и гистологическим заключениями. Первая — отсутствие в пунктате клеточного материала из исследуемого образования (игла не попала в образование вследствие его малых размеров или попала в кистозную полость, сформировавшуюся в узловом зобе либо аденоме); эта группа ошибок в какой-то степени устранима с применением ТПБ под контролем УЗИ. Вторая группа — трудности цитологической диагностики (фактически естественные пределы метода), а именно: диагностика сочетанной патологии ЩЖ, диагностика узловых образований, имеющих смешанное строение; дифференциальная диагностика фолликулярной аденомы и высокодифференцированной фолликулярной аденокарциномы [7, 8, 16], аденомы из клеток Гюртле—Ашкенази и АТ с гиперплазией клеток Гюртле—Ашкенази, аденомы и рака из клеток Гюртле—Ашкенази, лимфомы и АТ [5, 12].

Мы не наблюдали осложнений биопсии, описанных в литературе [9, 13]. Прогрессирования опухолевого роста после пункции мы и не могли отметить, так как эти больные были в ближайшие сроки оперированы.

Из методов визуализации ЩЖ оптимальным дополнением к ТПБ является УЗИ. Следует подчеркнуть, что представленные в данной работе результаты УЗИ являются обобщением исследований, проведенных в разных лечебных учреждениях, и не могут рассматриваться как предел возможностей этого метода. Использование сцинтиграфии (сканирования) ЩЖ во многих случаях оказалось неоправданным, поскольку метод позволяет лишь визуализировать тиреоидную ткань и выявить очаговое или диффузное поражение (в большинстве случаев «холодный» узел), но на остальные вопросы (АТ или узловой зоб? киста, или узловой зоб, или опухоль? сочетанная патология?) ответить не может. Малигнизация выявляется, по нашим данным, у 10 % больных с «горячим-теплым» узлом, у 14 % больных с «холодным» узлом, у 13 % больных с диффузно-неоднородным распределением радионуклида. Таким образом, «холодный» узел с большей вероятностью может оказаться злокачественным, но гораздо чаще это доброкачественный процесс; вместе с тем «горячий-теплый» узел или диффузно-неоднородное накопление радионуклида не исключает малигнизацию [20]. Очевидно, поиск узлообразования быстрее и безопаснее проводить с помощью УЗИ, а сцинтиграфия (сканирование) должна иметь гораздо более узкую сферу применения.

Результаты УЗИ ЩЖ демонстрируют достаточно высокий уровень совпадений с операционными данными (описанием макропрепарата) (см. табл. 2). Для выявления изменений тиреоидной структуры на микроскопическом уровне, безусловно, предпочтительнее ТПБ, однако следует подчеркнуть, что результативность метода в большой мере зависит от квалификации врача, производящего пункцию, его умения выбрать участки ЩЖ для получения материала.

Наши наблюдения, как и данные литерату-

ры [2, 5], свидетельствуют о том, что многоузловой зоб требует такого же обследования, как и солитарный узел ЩЖ, так как по онкологическому риску эти заболевания не имеют существенных различий. Вместе с тем показания к оперативному лечению больных с (много)узловым зобом достаточно четкие (большие размеры зоба, явления сдавления органов шеи, загрудинный зоб, подозрение на малигнизацию). При небольших зобах и отсутствии данных за аденому и аденокарциному больные нуждаются в консервативном лечении тиреоидными препаратами и наблюдении эндокринолога. Рассмотренные методы обследования — ТПБ и УЗИ ЩЖ — необходимы для квалифицированной диагностики заболевания и обоснованного выбора лечебной тактики. Повторное применение этих методов в динамике позволяет своевременно направить нуждающихся на оперативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Океанова Т. А., Бронштейн М. Э., Базарова Э. Н., Козлов Г. И. // Пробл. эндокринол. — 1990. — № 2. — С. 11—16.
2. Океанова Т. А., Внотченко С. Л., Бронштейн М. Э. // Там же. — № 6. — С. 17—23.
3. Современные принципы обследования больных с заболеваниями щитовидной железы. Метод. рекомендации / Внотченко С. Л., Океанова Т. А., Федосеева Г. И. и др. — М., 1988.
4. Asp A. A., Georgitis W., Waldron T. J. et al. // Amer. J. Med. — 1987. — Vol. 83, N 3. — P. 489—493.
5. Cusick E. L., Krukowski Z. H., Mac Intosh C. A., Matheson N. A. // Brit. med. J. — 1991. — Vol. 303, N 6793. — P. 20—22.
6. De Los Santos E. T., Keyhani-Rofagna S., Cunningham J. J., Mazzaferri E. L. // Arch. intern. Med. — 1990. — Vol. 150, N 7. — P. 1422—1427.
7. Franklyn J. A., Sheppard M. C. // Brit. med. J. — 1987. — Vol. 295, N 6597. — P. 510—511.
8. Griffin J. E. // Amer. J. med. Sci. — 1988. — Vol. 296, N 5. — P. 336—347.
9. Jayaram G., Aggarwal S. // Acta cytol. — 1989. — Vol. 33. — P. 940—941.

10. Liel Y., Sobel R. J. // Amer. J. Med. — 1988. — Vol. 84, N 4. — P. 798—799.
11. LiVolsi V. A. // Surgical Pathology of the Thyroid. — Philadelphia, 1990. — P. 367—381.
12. Matsubayashi S., Tamai H., Morita T. et al. // Clin. exp. Immunol. — 1990. — Vol. 79, n 2. — P. 170—174.
13. Merino M. J., LiVolsi V. A. // Lab. Invest. — 1990. — Vol. 62. — P. 59.
14. Merle S., Zajdela A., Joly J. // Ann. Endocr. — 1987. — Vol. 48, N 1. — P. 63—67.
15. Muller P., Krahnert S., Herrmann F., Hambsch K. // Zbl. allg. Path. path. Anat. — 1986. — Bd 131, N 6. — S. 533—540.
16. Munn J. S., Casteli M., Prinz R. A., Walloch J. L. // Amer. Surg. — 1988. — Vol. 54, N 7. — P. 438—443.
17. Ramaciotti C. E., Pretorius H. T., Chu E. W. et al. // Arch. intern. Med. — 1984. — Vol. 144, N 6. — P. 1169—1173.
18. Schmidt K. W., Lucciarini P., Ladurner D. et al. // Acta cytol. — 1987. — Vol. 31, N 5. — P. 591—594.
19. Simonin R., Barnoin M., Heim M. // Rev. franc. Endocr. clin. — 1987. — Vol. 28, N 3. — P. 177—182.
20. Smith M., McHenry C., Jarosz H. et al. // Amer. Surg. — 1988. — Vol. 54, N 7. — P. 448—449.
21. Westman-Naeser S., Grimelius L., Johansson H., Malmaeus J. // Upsala J. med. Sci. — 1986. — Vol. 91, N 1. — P. 67—76.

Поступила 28.01.93

S. L. Vnotchenko, T. A. Okeanova, M. E. Bronstein, S. B. Nefyodov, G. I. Fedoseyeva — FINE NEEDLE PUNCTURE BIOPSY AND METHODS TO IMAGE THE THYROID IN THE DIAGNOSIS OF NODULAR GOITER

A retrospective analysis of the findings of fine needle puncture biopsy of the thyroid in 256 patients operated on for nodular goiter is presented. Cytologic findings coincided with the histologic in 84.8 % of cases. The coincidences were the most frequent in (multiple) nodular colloid goiter and thyroid cysts (95.7=100 %) and the least so in solitary adenoma (65.4 %) predominantly of a follicular structure. In thyroid cancer the data correlated in 75 % of cases. The presence of cystous changes in adenoma made the investigation less informative. Findings of ultrasonic examination of the thyroid coincided with operative findings in 87.5 % of patients with (multiple) nodular goiter and in 86.1 % of those with adenomas. Ultrasonography as a method for thyroid imaging is preferable to scintigraphy (scanning) and is an optimal supplement to puncture biopsy of the thyroid.

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© Е. Л. ЧОЙНЗОНОВ, С. В. ДУБСКИЙ, 1993

УДК 616.441-008.6-036.1

Е. Л. Чойнзонов, С. В. Дубский

СЛУЧАЙ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ДИСТОПИРОВАННОЙ В КОРЕНЬ ЯЗЫКА

Отделение опухолей головы и шеи (руководитель З. Д. Кицманюк) НИИ онкологии (дир. — член-корр. РАМН Б. Н. Зырянов) Томского научного центра СО РАМН

Чрезвычайная вариабельность формы и положения щитовидной железы обусловлена отклонениями в ее эмбриональном развитии. Специальными исследованиями показано, что приблизительно в половине случаев остатки ткани щитовидной железы обнаруживаются в области подъязычной кости, корне языка [1].

Клинически дистопия в корень языка определяется достаточно редко и проявляется, как правило, при развитии в железе патологических процессов. Чаше — это зоб, кистозное перерождение. Рост зоба обычно приводит к нарушению глотания, дыхания, осложняется кровотечением, зарегистрированы случаи малигнизации. Из 130 наблюдений рака языка в клиниках Онкологического научного центра РАМН рак корня

языка из дистопированных остатков щитовидной железы встретился лишь у 1 больного [2]. Ряд других авторов также располагают единичными наблюдениями [3—5].

Учитывая редкость данной патологии, мы считаем полезным привести собственное наблюдение.

Больная С., 28 лет, обратилась в клинику опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН 2 января 1990 г. Больная жаловалась на дискомфорт в горле при глотании, кровоточивость из корня языка, затруднение дыхания в положении лежа на спине. В 1988 г. почувствовала опухоль в области корня языка, дважды обращалась к оториноларингологу, стоматологу по месту жительства, однако они патологии не обнаружили. Дискомфорт при