

Содержание

Предисловие	4
Введение	6
Глава I	11
Клиническое значение непальпируемых узловых тиреоидных образований и современное состояние проблемы диагностики и лечения раннего рака щитовидной железы (обзор литературы)	11
1.1. Непальпируемые узловые образования щитовидной железы: определение понятия, морфология и клиническое значение	11
1.2. Диагностика морфологической структуры узловых образований щитовидной железы	25
1.3. Выбор объема операции у больных дифференцированной опухолью размерами до 1 см в диаметре	33
Глава II	38
Морфологическая структура непальпируемых узловых тиреоидных образований и общая характеристика больных дифференцированной микрокарциномой щитовидной железы, варианты клинического течения опухоли	38
Глава III	62
Сравнительная характеристика микрокарциномы и больших по размерам опухолей щитовидной железы	62
Глава IV	78
Клиническая диагностика микрокарциномы щитовидной железы	78
4.1. Ультразвуковая семиотика микрокарциномы щитовидной железы, узлового пролиферирующего коллоидного зоба и фолликулярных аденом размерами до 1 см в диаметре	81
4.2. Возможности тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии в диагностике микрокарциномы щитовидной железы	95
Заключение	99
Список литературы	106

Глава III

Сравнительная характеристика микрокарциномы и больших по размерам опухолей щитовидной железы

В этом разделе будет представлен сравнительный анализ морфологического строения, вариантов роста и клинического течения дифференцированной микрокарциномы и дифференцированных злокачественных опухолей размерами более 1 см в диаметре, которые мы для простоты понимания обозначили как макрокарциномы щитовидной железы. В аналогичные сроки, а именно с 1981 по 2005 год включительно, были оперированы 296 больных, у которых размеры опухоли превышали 1 см в диаметре. Для настоящего исследования они составили группу сравнения. Распределение по полу было таким же, как и в группе больных микрокарциномой щитовидной железы ($p > 0,1$). Опухоль была диагностирована у 269 (90,9%) женщин и 27 (9,1%) мужчин в возрасте от 18 до 80 лет. При этом средний возраст больных ($47,6 \pm 14,0$ лет) был на 5,8 лет меньше по сравнению со средним возрастом больных микрокарциномой щитовидной железы ($53,4 \pm 12,5$ лет) ($p < 0,001$).

Вместе с этим, как и у больных микрокарциномой щитовидной железы, наблюдалась тенденция к более частому выявлению опухоли с увеличением возраста и уменьшение частоты обнаружения опухоли в группе больных старше 60 лет

(табл. 7). Незначительные различия в среднем возрасте больных микрокарциномой и макрокарциномой были обусловлены в основном за счет более частого выявления макрокарциномы в группе больных моложе 30 лет и более редкого выявления в группе больных от 60 до 70 лет (рис. 8).

Таблица 7

Возраст и пол больных макрокарциномой щитовидной железы

Возраст	Пол		Итого
	Женщины	Мужчины	
≤ 30 лет	37	6	43 (14,5%)
> 30 ≤ 40 лет	49	6	55 (18,6%)
> 40 ≤ 50 лет	56	8	64 (21,6%)
> 50 ≤ 60 лет	74	4	78 (26,4%)
> 60 ≤ 70 лет	41	3	44 (14,9%)
> 70 лет	12	—	12 (4%)
Всего	269 (90,9%)	27 (9,1%)	296 (100%)
Средний возраст	48,1±14,1 лет	43,1±12,9 лет	47,6±14,0 лет

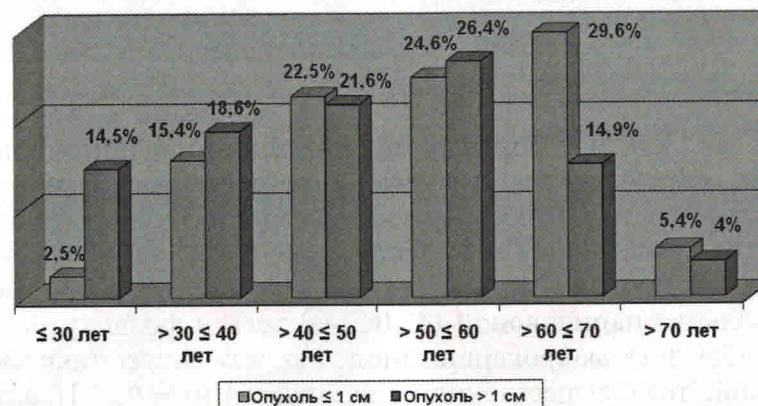


Рис. 8. Распределение больных раком щитовидной железы по возрасту в зависимости от размеров опухоли

Папиллярная макрокарцинома была верифицирована гистологически у 215 (72,6%) больных, примерно также часто как папиллярные опухоли диаметром до 1 см (212 — 88,3%) ($p = 0,2$). Фолликулярная макрокарцинома диагностирована у 81 (27,4%) больного — в 2,3 чаще, чем фолликулярная микрокарцинома (28 — 11,7%) ($p < 0,001$). Сравнительный анализ по полу и возрасту больных микрокарциномой и макрокарциномой щитовидной железы в зависимости от гистологического строения опухоли представлен в табл. 8.

Таблица 8

Пол и возраст больных микрокарциномой и макрокарциномой щитовидной железы при различном гистологическом строении опухоли

Гистологическое строение опухоли	Пол и средний возраст больных	Размеры опухоли			
		Микрокарцинома (n = 240)		Макрокарцинома (n = 296)	
Папиллярный рак	Мужчины	8 (3,8%)	212	15 (7%)	215
	Женщины	204 (96,2%)		200 (93%)	
	Возраст, лет	53,6±12,6		47,0±14,3	
Фолликулярный рак	Мужчины	4 (14,3%)	28	12 (14,8%)	81
	Женщины	24 (85,7%)		69 (85,2%)	
	Возраст, лет	52,4±11,6		49,3±13,1	

Так же, как и у больных микрокарциномой щитовидной железы, статистические расчеты не подтверждают более высокую распространенность у мужчин фолликулярных опухолей диаметром более 1 см (14,8%) по сравнению с папиллярными опухолями таких же размеров (7%) ($p = 0,09$). Средний возраст больных папиллярной (47,0±14,3 лет) и фолликулярной (49,3±13,1 лет) макрокарциномой, как и больных микрокарциномой, тоже существенно не различался ($p = 0,2$). Практически совершенно одинаковым было распределение больных микрокарциномой и макрокарциномой по полу как при

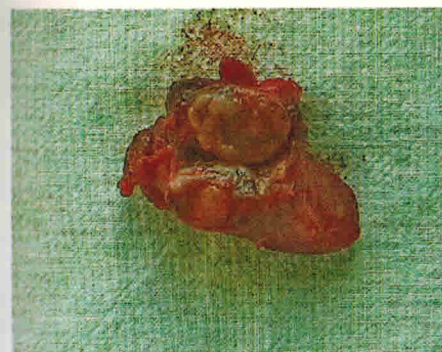


Рис. 2А. Инкапсулированный папиллярный рак. Макропрепарат

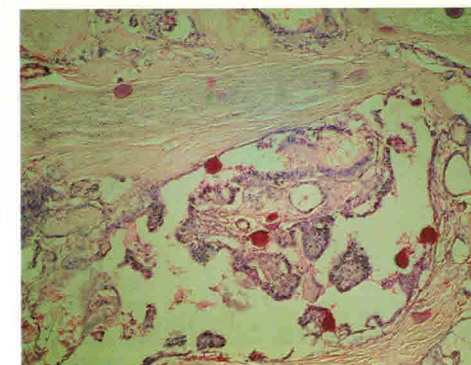


Рис. 2Б. Инкапсулированный папиллярный рак. Микропрепарат. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 100

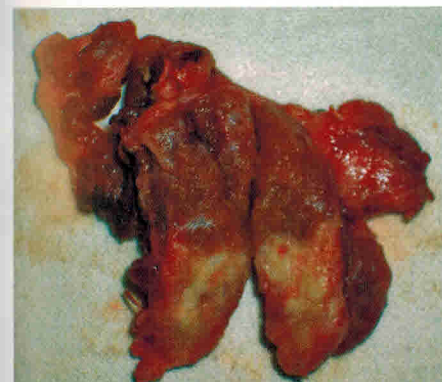


Рис. 3А. Неинкапсулированный папиллярный рак. Макропрепарат

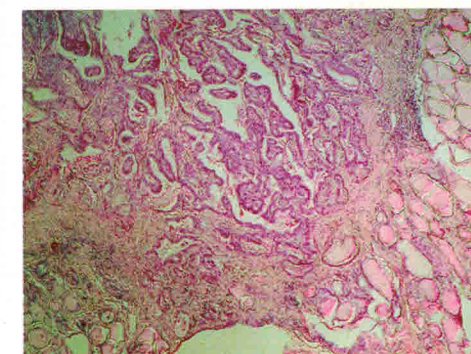


Рис. 3Б. Неинкапсулированный папиллярный рак. Микропрепарат. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 100

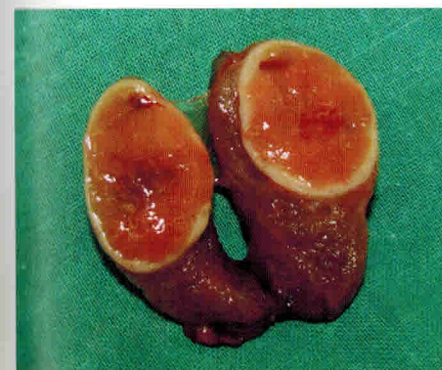


Рис. 4А. Фолликулярная опухоль. Макропрепарат

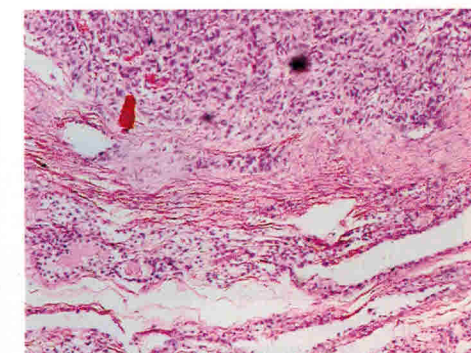


Рис. 4Б. Фолликулярная опухоль. Микропрепарат. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 100

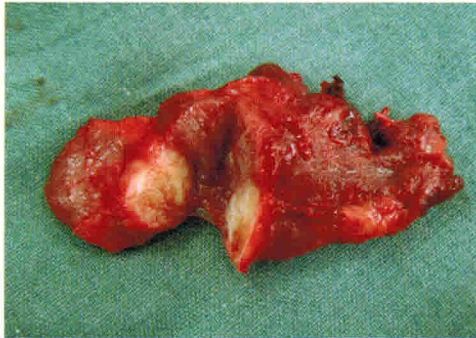


Рис. 5. Неинкапсулированная папиллярная опухоль на фоне токсического зоба. Макропрепарат.

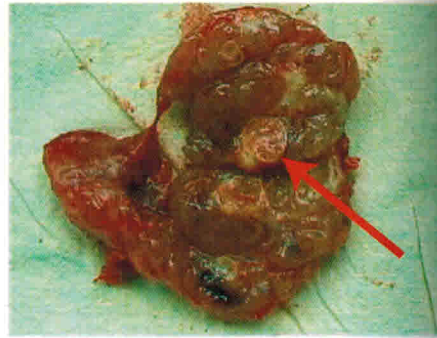


Рис. 6. Инкапсулированная папиллярная опухоль на фоне коллоидного зоба. Макропрепарат

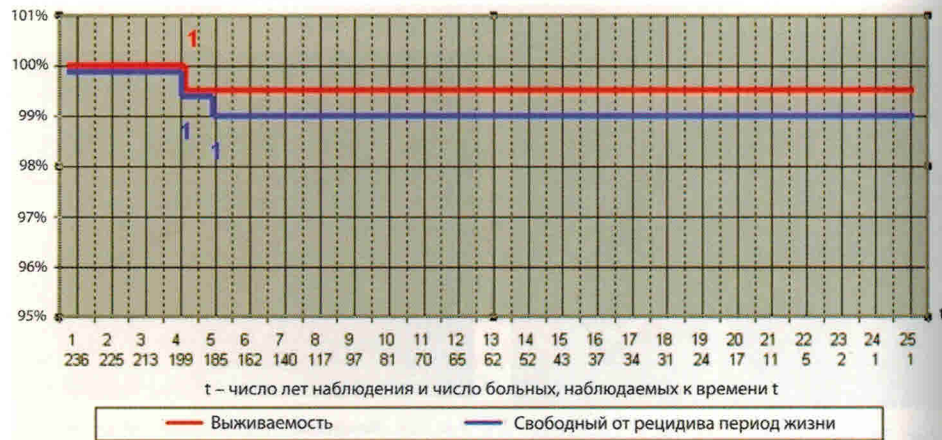


Рис. 7. Выживаемость и свободный от рецидива период жизни больных, оперированных по поводу микрокарциномы щитовидной железы

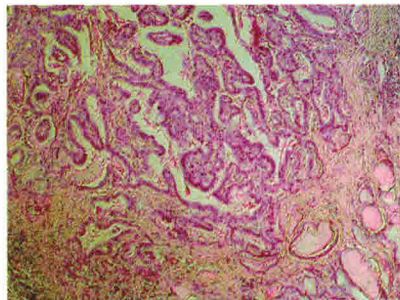


Рис. 12А. Папиллярная микрокарцинома d = 4 мм на фоне нормальной тиреоидной ткани. Окраска гематоксилином и эозином, ув.100. Микрофото

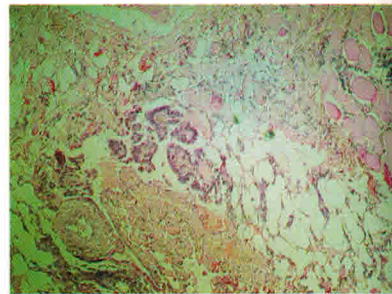


Рис. 12Б. Папиллярная карцинома d = 6 см, замещающая всю тиреоидную ткань и прорастающая в жировую клетчатку и мышцы. Опухоль имеет такое же строение, как и микрокарцинома. Окраска гематоксилином и эозином, ув.100. Микрофото

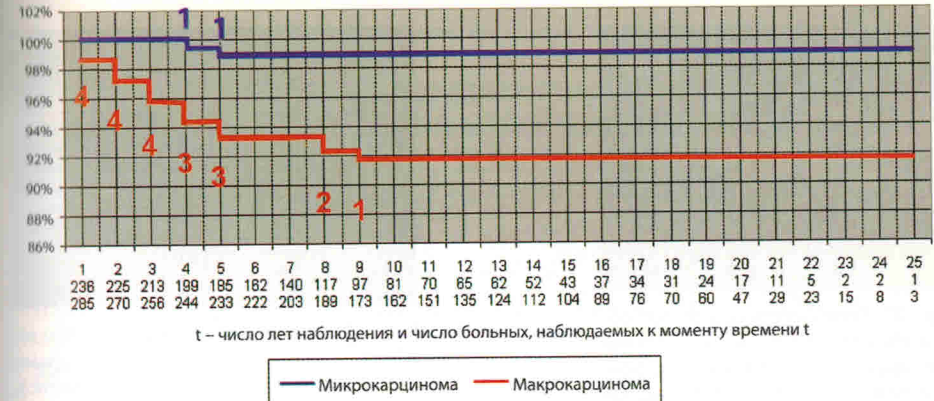


Рис. 14. Свободный от рецидива период жизни оперированных больных микрокарциномой и макрокарциномой щитовидной железы

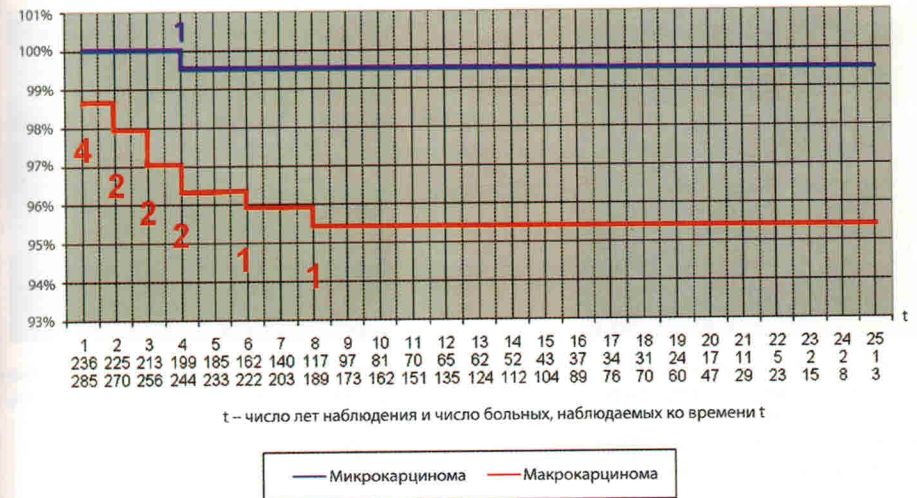


Рис. 15. Выживаемость оперированных больных микрокарциномой и макрокарциномой щитовидной железы

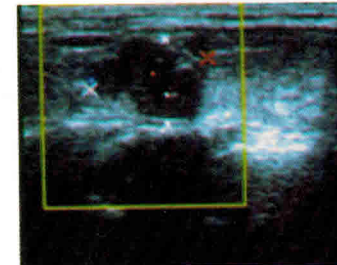


Рис. 16. Гипоэхогенное узловое образование с волнистыми контурами (1 ультразвуковой симптомокомплекс). Неинкапсулированная папиллярная микрокарцинома

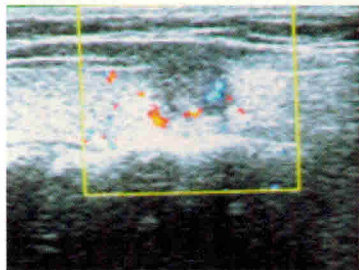


Рис. 17. Гипэхогенное узловое образование с нечеткими, округлыми контурами, с участками повышенной эхогенности (2 ультразвуковой симптомокомплекс). Инкапсулированная папиллярная микрокарцинома

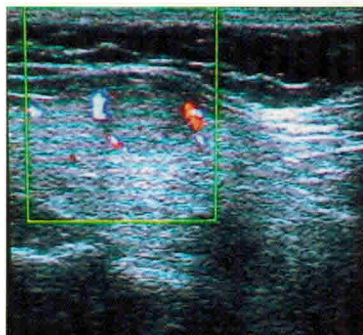


Рис. 19. Изоэхогенное узловое образование с «хало» по периферии (4 ультразвуковой симптомокомплекс). Инкапсулированная папиллярная микрокарцинома

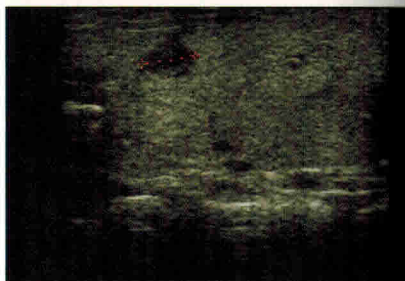
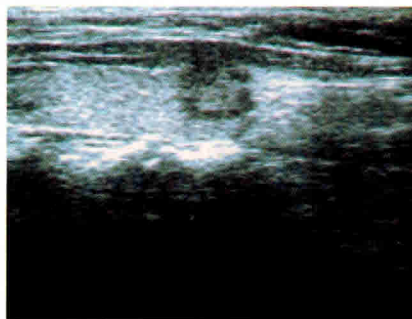


Рис. 18. Гипэхогенное узловое образование с четкими округлыми контурами (3 ультразвуковой симптомокомплекс). Инкапсулированная папиллярная микрокарцинома

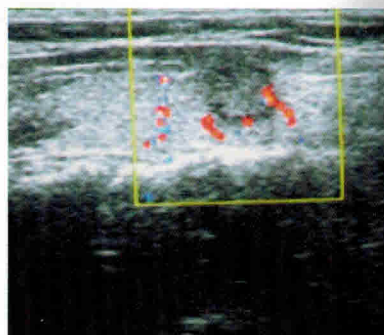


Рис. 20. Изоэхогенное узловое образование с «хало» по периферии (4 ультразвуковой симптомокомплекс). Фолликулярная микрокарцинома

Рис. 21. Гипэхогенное узловое образование с четкими и округлыми контурами, с массивным участком повышенной эхогенности в центре (3 ультразвуковой симптомокомплекс). Фолликулярная микрокарцинома

папиллярном, так и при фолликулярном строении опухоли ($p > 0,2$). Не различался и средний возраст больных фолликулярной микрокарциномой ($52,4 \pm 11,6$ лет) и фолликулярной макрокарциномой ($49,3 \pm 13,1$ лет). Лишь только средний возраст больных папиллярной макрокарциномой ($47,0 \pm 14,3$ лет) был незначительно меньше среднего возраста больных папиллярной микрокарциномой ($53,6 \pm 12,6$ лет) ($p < 0,001$).

В табл. 9 представлен тип роста опухоли в зависимости от ее размеров. Из 215 больных папиллярной макрокарциномой инкапсулированный вариант строения опухоли выявлен в 139 (64,7%) наблюдениях, неинкапсулированный вариант — в 76 (35,3%). Таким образом, папиллярная макрокарцинома в 1,9 раза была чаще инкапсулирована (64,7%) по сравнению с папиллярной микрокарциномой (34,4%) ($p = 0,005$). Цист-макрокарцинома была диагностирована у 13 (9,4%) больных, существенно не чаще, чем папиллярная цистмикрокарцинома (3 — 4,1%) ($p = 0,3$). Фолликулярная макрокарцинома в подавляющем большинстве наблюдений (78 — 96,3%) так же, как и фолликулярная микрокарцинома (28 — 100%), была инкапсулирована.

Таблица 9

Тип роста и размеры опухоли

Гистологическое строение и размеры опухоли	Тип роста опухоли	
	Инкапсулированный	Неинкапсулированный
Микрокарцинома Папиллярная (n = 212)	73 (34,4%)	139 (65,6%)
Макрокарцинома Папиллярная (n = 215)	139 (64,7%)	76 (35,3%)
Микрокарцинома Фолликулярная (n = 28)	28 (100%)	0
Макрокарцинома Фолликулярная (n = 81)	78 (96,3%)	3 (3,7%)