



ка, перспективы): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 127 с.

5. Гуляев В.А., Карташов В.Т. Стационаро-замещающие технологии — основа реформирования лечебно-диагностической базы военного здравоохранения // Воен.-мед. журн. — 2001. — Т. 322, № 2. — С. 4–14.

7. Карташов В.Т., Романовский В.В. Стационарозамещающие технологии в контексте проблем переноса усилий здравоохранения с госпитального на амбулаторно-поликлинический этап // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2003. — № 4. — С. 30–33.

8. Попов А.П. Стационарозамещающие технологии в отечественном здравоохранении (Обзор литературы) // Воен.-мед. журн. — 2020. — Т. 341, № 4. — С. 12–20.

9. Ризаханова О.А. Научное обоснование организационно-функционального использования стационарозамещающих технологий: Дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2005. — 160 с.

10. Русев И.Т., Карайланов М.Г., Федоткина С.А. и др. Стационарозамещающие технологии в военно-медицинских организациях // Воен.-мед. журн. — 2019. — Т. 340, № 10. — С. 14–21.

11. Стародубов В.И., Калининская А.А., Матвеев Э.Н. и др. Развитие стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в РФ и потребность в их коечном фонде дневных стационаров // Главный врач. — 2002. — № 2. — С. 2–5.

12. Щепин О.П., Какорина Е.П., Флек В.О. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения. — М.: МЦФЭР, 2006. — 416 с.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2022

DOI: 10.52424/00269050_2022_343_5_26

Морфология новообразований щитовидной железы и их диагностика в поликлинических условиях

КЛИПАК В.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы запаса
СЫПАЛОВА М.В. (marymar@inbox.ru)
ГРОМАК Л.А.
КУЗНЕЦОВ И.С.
ХАУСТОВА Т.В.

ФГБУ «9 лечебно-диагностический центр» МО РФ, Москва, Россия

Новообразования щитовидной железы характеризуются гетерогенностью морфологических структур. Доля узловых поражений в структуре патологии щитовидной железы в среднем по стране составляет 31% и постоянно увеличивается. По нашим данным, заболеваемость узловым зобом у пациентов поликлиники составляет 50% всей патологии щитовидной железы, причем у женщин она в 2 раза выше, чем у мужчин. Рассмотрены морфологические особенности и дифференциальная диагностика узловых образований щитовидной железы в поликлинических условиях. Основным методом верификации диагноза и определения дальнейшей лечебной тактики служит тонкоигольная аспирационная биопсия. С помощью цитологических исследований в 90% случаев выявляются доброкачественные узловые образования и в 10% — атипичные (фолликулярные неоплазия — 6% и папиллярный рак — 4%), требующие хирургического лечения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: 9-й лечебно-диагностический центр Минобороны, щитовидная железа, новообразования, морфологические структуры, диагностика.

Klipak V.M., Sypalova M.V., Gromak L.A., Kuznetsov I.S., Khaustova T.V. — Prevalence and morphological structure of thyroid neoplasms in polyclinic patients.

9th Medical Diagnostic Center of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Moscow, Russia
Neoplasms of the thyroid gland are characterized by heterogeneity of morphological structures. The share of nodular lesions in the structure of thyroid pathology is 31% on average in the country and is constantly increasing. According to our data, the incidence of nodular goiter in polyclinic patients is 50% of the total pathology of the thyroid gland, and in women it is 2 times higher than in men. Morphological features and differential diagnostics of thyroid nodules in polyclinic conditions are considered. Fine-needle aspiration biopsy is the main method for verifying the diagnosis and determining further treatment tactics. Thanks to cytological studies, in 90% of cases benign nodular formations are detected and in 10% — atypical ones (follicular neoplasia — 6% and papillary cancer — 4%) requiring surgical treatment.

К е у в о р д с: 9th Medical Diagnostic Center of the Ministry of Defense, thyroid gland, neoplasms, morphological structures, diagnostics.



Новообразования щитовидной железы – собирательное клиническое понятие, обозначаемое как «узловой зоб» и объединяющее различные по морфологии объемные (равные и превышающие 1 см) образования, диагностируемые с помощью пальпации и в процессе ультразвукового исследования [4, 7].

Показатель выявляемости узловых образований щитовидной железы, как следует из научных публикаций, увеличивается с возрастом: единичные образования выявляются у 2–3% молодых людей до 30 лет, в возрасте старше 60 лет – уже у 70% населения [3, 6]. Преобладающей группой в структуре узловой патологии щитовидной железы является узловой коллоидный зоб, который встречается более чем у 67% больных. Из доброкачественных опухолей щитовидной железы наиболее часто встречается фолликулярная аденома. Она диагностируется в 3–6% случаев [8, 11]. Злокачественные изменения щитовидной железы обнаруживают в 5–10% случаев, в т. ч. папиллярный рак (наиболее частая злокачественная опухоль), медулярный рак, лимфомы и метастазы опухолей другой локализации [2, 8, 13].

Обследование больных узловым зобом преследует цели исключения злокачественной природы новообразования, оценку риска развития агрессивных форм рака, оценку доброкачественных образований на предмет снижения качества жизни пациента (функциональная автономия, синдром компрессии трахеи, косметический дефект) [1, 5].

Среди задач практической медицины и медицинской науки важное место занимает ранняя дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных изменений [2]. Существующая система стратификации признаков злокачественности узлов щитовидной железы (TIRADS) позволяет отбирать узлы для выполнения пункционной биопсии [9]. При раке щитовидной железы в ходе ультразвукового исследования наиболее часто выявляются снижение эхогенности узла, вертикальная пространственная (или непараллельная) ориентация узла или «размеры выше больше, чем шире», микрокальцинаты в узле,

неровные (мелкодольчатые, звездчатые, лучистые) и нечеткие контуры [1, 9]. В соответствии с этими признаками выделяются следующие категории TIRADS: TIRADS 1 – нормальная щитовидная железа; TIRADS 2 – доброкачественные изменения щитовидной железы; TIRADS 3 – вероятно доброкачественные изменения щитовидной железы; TIRADS 4 – подозрительные на злокачественные изменения щитовидной железы (данная группа классифицируется на 4a, 4b, 4c в зависимости от увеличения риска злокачественности); TIRADS 5 – вероятно злокачественные изменения щитовидной железы (вероятность злокачественности более 80%); TIRADS 6 – предшествующая биопсия доказала злокачественность [10, 12].

В основу дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений щитовидной железы положен метод *тонкоигольной аспирационной биопсии* (ТАБ), чувствительность и специфичность которого в выявлении рака щитовидной железы достигает 98–100%. ТАБ обязательно проводится под УЗИ-контролем квалифицированным врачом – эндокринологом, эндокринным хирургом, онкологом, врачом лучевой диагностики [1].

Цель исследования

Оптимизация дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных образований щитовидной железы с использованием ультразвуковых и клиничко-лабораторных методов исследований у пациентов с узловым зобом в условиях поликлиники.

Материал и методы

Первичная диагностика заключалась в сборе анамнеза, выявлении факторов риска развития злокачественных образований щитовидной железы, пальпации щитовидной железы и регионарных лимфоузлов.

Лабораторная диагностика включала определение базального уровня ТТГ и кальцитонина крови.

УЗИ щитовидной железы проводилось с целью определения показаний к ТАБ.



Результаты и обсуждение

За оказанием первичной медико-санитарной специализированной помощи к эндокринологу в 9-й лечебно-диагностический центр Минобороны ежегодно обращается до 30 тыс. пациентов с различными эндокринопатиями. На патологию щитовидной железы приходится 57%, из них 50% — на долю узлового зоба. В среднем ежегодно выявляется 250–300 случаев узлового зоба. За период 2016–2020 гг. было выявлено 1350 пациентов с узловым зобом (табл. 1).

Из представленных в табл. 1 данных следует, что многоузловой зоб составил 36,7% всех выявленных случаев узловых образований щитовидной железы.

Распределение пациентов с узловым зобом по полу и возрасту представлено в табл. 2.

Наибольшую долю пациентов в структуре впервые выявленного узлового зоба составила возрастная группа старше 50 лет (69,5%), что соответствует литературным данным. Частота узлового зоба, как и ожидалось, оказалась наименьшей в возрастной группе до 29 лет — 2,9% общего числа впервые выявленных узловых

образований. Доля женщин с данной патологией составила 62,7%, мужчин — 37,3%.

Все пациенты с узловыми образованиями, оцениваемыми по системе THIRADS в 3 и более баллов, направляются на ТАБ, которая в центре проводится под контролем УЗИ хирургом-эндокринологом. За последние 5 лет по показаниям проведено 832 ТАБ (табл. 3).

Таблица 1

Распределение выявленных случаев узлового зоба по периодам наблюдения, абс. число/%

Форма узлового зоба	Год					Итого
	2016	2017	2018	2019	2020	
Одноузловой	146	160	191	185	173	855/63,3
Многоузловой	87	99	96	116	97	495/36,7
Всего...	233	259	287	301	270	1350/100

Таблица 2

Частота узлового зоба у пациентов в зависимости от пола и возраста, абс. число/%

Пол	Возрастные категории, лет				Итого
	до 29	30–49	50–69	>70	
Мужчины	13	147	241	103	504/37,3
Женщины	26	226	398	196	846/62,7
Всего...	39/2,9	373/27,6	639/47,4	299/22,1	1350/100

Таблица 3

Распределение пациентов с выполненной ТАБ по полу и возрасту, абс. число/%

Пол	Возрастные категории, лет				Итого
	до 29	30–49	50–69	>70	
Мужчины	11	119	136	43	309/62,9
Женщины	23	159	279	62	523/37,1
Всего...	34/4,1	278/33,4	415/49,9	105/12,6	832/100

Таблица 4

Характер морфологических изменений в цитологическом материале, число случаев/%

Выявленные изменения	Мужчины	Женщины	Итого
Узловой коллоидный зоб	272	475	747/89,8
Фолликулярная неоплазия	26	24	50/6,0
Папиллярная карцинома	11	24	35/4,2
Всего...	309	523	832/100



В Ы В О Д Ы

ТАБ значительно чаще проводится в группе пациентов старше 30 лет. Наибольшее количество ТАБ – 33% общего количества исследований выполнено у женщин в возрасте 50–69 лет, что обусловлено уровнем заболеваемости узловым зобом у женщин старше 50 лет.

Морфологические изменения в цитологическом материале представлены в табл. 4.

Как показывают полученные результаты, коллоидный зоб с помощью цитологических исследований выявляется в 89,8% случаев, фолликулярная неоплазия щитовидной железы – в 6%, папиллярный рак щитовидной железы – в 4,2%, что в целом соответствует общим статистическим данным распространенности данных новообразований на территории России [10].

1. Ежегодно отмечается рост узловых заболеваний щитовидной железы. По нашим данным, заболеваемость узловым зобом составляет 50% всех патологий щитовидной железы, распространенность данной патологии среди женщин в 2 раза выше, чем среди мужчин.

2. Тонкоигольная аспирационная биопсия является основным методом верификации диагноза и определения дальнейшей лечебной тактики.

3. С помощью цитологических исследований в 89,8% случаев выявляются доброкачественные узловые образования и в 10% – атипичные (фолликулярная неоплазия – 6% и папиллярный рак – 4%), требующие хирургического лечения.

Литература

1. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Мельниченко Г.А. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы у взрослых // Эндокринная хир. – 2017. – Т. 11, № 1. – С. 3–27.

2. Бородина Н.П. Клинико-диагностические особенности рака щитовидной железы в аспекте ультрасонографии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2019. – 22 с.

3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). – М.: МНИОИ им. П.А.Герцена, 2018. – 250 с.

4. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению (много)узлового зоба у взрослых (2015 год). <https://doi.org/10.14341/serg201615-12>

5. Порываева Е.Л. Оптимизация диагностики и хирургического лечения узловых форм зоба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2017. – 24 с.

6. Слепцов И.В. Узлы щитовидной железы. Современные принципы диагностики и лечения. – М.: Элит, 2014. – 96 с.

7. Тимофеева Л.А. Дифференциальная диагностика узловых новообразований щитовидной железы: мультипараметрическое ультразвуковое исследование в парадигме страти-

фикации рисков: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2020. – 48 с.

8. Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Абесадзе И.А. и др. Фолликулярная неоплазия щитовидной железы (лекция) // Пробл. эндокринол. – 2006. – Т. 52, № 1. – С. 22–25.

9. Фисенко Е.П., Сенча А.Н., Катрич А.Н. и др. О необходимости внедрения классификации TI-RADS в России // Клин. эксперим. тиреоидология. – 2019. – Т. 15, № 2. – С. 55–63.

10. Яновская Е.А. Оптимизация диагностики узловых заболеваний щитовидной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2019. – 24 с.

11. Cooper D.S., Doherty G.M., Haugen B.R. et al. American Thyroid Association [ATA] Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Revised American thyroid association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer // Thyroid of J. Am. Thyroid. Assoc. – 2009. – Vol. 19. – P. 1167–1214.

12. Grant E.G., Tessler F.N., Hoang J.K. et al. Thyroid Ultrasound Reporting Lexicon: White Paper of the ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TIRADS) Committee // J. Am. Coll.Radiol. – 2015. – Vol. 12, N 12. – P. 1272–1279.

13. Mitchell A.L., Gandhi A., Scott-Coombes D., Perros P. Management of thyroid cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines // J. Laryngol. Otol. – 2016. – Vol. 130, Supp. 2. – S150–S160.