

О.Р. Брилинський

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СОЛІТАРНОГО ВУЗЛА ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

ВСТУП

Незважаючи на великий арсенал методів діагностики, проблема диференційної діагностики раку і доброякісної вузлової патології ЩЗ, зокрема через безсимптомність перебігу, залишається актуальною, а загальновизнаний онкологічний ризик вимагає особливої відповідальності хірурга у доборі тактики хірургічного лікування хворих [3-5, 7, 9-12]. Частка злоякісних пухлин серед вузлів ЩЗ становить у середньому 15% (від 1,7 до 24%) [2, 8, 9, 12]. Солітарні вузли ЩЗ діагностують у 35,5% пацієнтів із вузовим зобом [2], а за відсутності перед операцією підозри на рак у 20,6% хворих виявляють злоякісну пухлину ЩЗ [5]. У 56% хворих діагноз РЩЗ встановлюють перед операцією, у 13% — уточнюють під час операції, а у 31-70,2% діагноз остаточно встановлюють лише після операції [4, 13].

Точність клінічних, інструментальних і лабораторних методів діагностики щодо визначення генезу вузла ЩЗ не перевищує 80% [1, 9]. Зокрема, тонкогolgкова аспіраційна пункційна біопсія (ТАПБ) є найінформативнішою для визначення характеру процесу [4]: її діагностична ефективність становить від 68 до 91%, але обмежується суб'єктивним чинником — кваліфікацією цитологів і патогенетичною неможливістю диференціювати патоморфологію "фолікулярних неоплазм" [1, 6, 7, 9].

Отже, добір хірургічної тактики для лікування пацієнтів із діагнозом "одновузловий зоб" попри оманливу простоту є одним із найскладніших завдань сучасної ендокринної хірургії. Навіть за наявності встановленого перед- або інтраопераційно морфологічного діагнозу обсяг хірургічного лікування не завжди очевидний.

Проблема диференційної діагностики доброякісних і злоякісних новоутворень ЩЗ може бути вирішена шляхом інтраопераційного патоморфологічного дослідження (ІОГД) [11, 14],

яке необхідне у 82,2% усіх хірургічних втручань. Проте загальна діагностична точність ІОГД за середнього значення 83,9-96,2% значно нижча у пацієнтів із діагнозом "фолікулярна неоплазма" (9,0-42,9%) [4, 11, 14], що змушує до вдосконалення інтраопераційної методики дослідження та тісної співпраці лікаря-хірурга та патоморфолога.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Опрацьовано результати передопераційних (клінічних, лабораторних, інструментальних) методів обстеження 271 пацієнта з клінічним діагнозом ОВЗ, серед яких інтраопераційне цитологічне та гістологічне дослідження ("кріостатні зрізи") виконано у 113 (41,69%) оперованих. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні № 3 Львівської обласної клінічної лікарні (база кафедри факультетської хірургії ЛНМУ ім. Данила Галицького) 2005-2007 роками. Пацієнти, у яких виявлено явні клінічні ознаки малігнізації вузла (наприклад, метастази у регіонарних лімфатичних вузлах, ЛОР-симптоми) до досліджуваної групи не входили.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Серед пацієнтів співвідношення жінок (237 — 87,45%) і чоловіків (34-15,55%) становило 7:1.

Вік пацієнтів, яких оперовано з приводу ОВЗ, найчастіше був у межах 41-50 років (25,09%), найменше хворих було у віці до 20 років (5,54%), 61-70 років (6,64%) і старших за 70 років (1,48%).

У стані еутиреозу перебували 256 (94,46%) осіб. У 15 (5,54%) пацієнтів діагностовано гіперфункцію ЩЗ, серед них вузлові зміни діагностовано на тлі ДТЗ у 4 (26,67%) осіб, в 11 (73,33%) пацієнтів діагностовано вузловий гіпертиреодний зоб ("токсичну аденому"). Загруднинне розташування солітарного вузла було в одного хворого (0,37%).

Згідно з остаточним патологоанатомічним висновком, морфологічним субстратом ОВЗ у 139 (51,29%) пацієнтів була аденома ЩЗ та у 80 (29,52%) — вузловий колоїдний зоб (ВКЗ). Наступним за частотою діагностовано РЩЗ — у 49 (18,08%) пацієнтів, серед яких папілярний рак (ПР) — у 47 (17,34%), фолікулярний рак (ФР) — у 2 (0,74%) хворих. З найменшою частотою діагностовано аутоімунний тиреоїдит (АІТ) — у 2 (0,74%) осіб і в одного хворого (0,37%) — аденому прищитоподібної залози.

Поєднання різних патогістологічних змін ("вузлові" з "дифузними") за ОВЗ діагностовано у 40 (14,76%) осіб. Найчастіше виявлено поєднання аденоми ЩЗ з АІТ — 16 (5,90%), ВКЗ з АІТ — 13 (4,80%) хворих. Значно рідше ПР ЩЗ діагностовано у поєднанні з АІТ (2,21%), ВКЗ із зобом Базедова (0,74%), аденоми ЩЗ із зо-

бом Базедова (0,74%), ПР ЩЗ з аденомою ЩЗ (0,37%) (табл. 1).

Фолікулярну аденому як морфологічний субстрат ОВЗ найчастіше описують як нормофолікулярну (55,39%), мікрофолікулярну (14,39%), макрофолікулярну або атипичну аденому (по 10,79%). Рідше патогістологічно діагностують трабекулярну аденому (2,88%), оксифільноклітинну (2,16%), папілярно-фолікулярну (2,16%) і фолікулярно-трабекулярну аденому (1,44%).

Папілярний рак ЩЗ у пацієнтів, яким клінічно встановлено діагноз ОВЗ, патогістологічно розпізнано як "маленький" ПР (T1N0M0) — у 8 (17,02%) пацієнтів, як інвазійний варіант ПР T1N0M0 — в 1 (2,13%), як ПР T2N0M0 — у 14 (29,79%), T3N0M0 — у 3 (6,38%), T4N0M0 — у 7 (14,89%), T2N1M0 — у 6 (12,77%), T3N1M0

Таблиця 1

Структура патоморфологічних змін ЩЗ

Патоморфологічний висновок	Пацієнти (%)
Аденома ЩЗ	121 (44,65)
ВКЗ	65 (23,98)
РЩЗ, серед них:	49 (18,08)
ПР ЩЗ	47 (17,34)
ФР ЩЗ	2 (0,74)
ПР ЩЗ + АІТ	6 (2,21)
ПР ЩЗ + аденома ЩЗ	1 (0,37)
АІТ	2 (0,74)
Аденома прищитоподібної залози	1 (0,37)
Аденома ЩЗ + АІТ	16 (5,90)
ВКЗ + АІТ	13 (4,80)
ВКЗ + зоб Базедова	2 (0,74)
Аденома ЩЗ + зоб Базедова	2 (0,74)

— у 3 (6,38%), T1bN0M0 — у 2 (4,26%), T2bN0M0 — у 3 (6,38%). Фолікулярний РЩЗ діагностовано у 2 хворих (обидва — T2N0M0).

Кістозні зміни в ОВЗ виявлено у 48 (17,71%) осіб, і вони найбільш характерні для аденоми ЩЗ — 24 (50,0%) хворих: у 35,42% осіб із нормофолікулярною аденомою, у 4,17% — із макрофолікулярною, папілярно-фолікулярною та атиповою аденомами, в одній хворій (2,08%) — з мікрофолікулярною аденомою. У хворих на ВКЗ кістоутворення діагностовано у 43,75% випадків, за ПР ЩЗ — у 6,25%.

За ОВЗ 88,56% пацієнтів висловлюють скарги на: наявність вузла (випинання) на передній поверхні шиї (44,89%), стискання горла (14,55%), відчуття стороннього тіла (13,0%), дискомфорту в ділянці шиї (12,69%), утруднене ковтання (6,82%), охриплість голосу (4,34%), періодичний кашель (3,71% осіб). Скарги, пов'язані з патологією ЩЗ (за винятком клініки тиреотоксикозу або гіпотиреозу), були відсутні в 11,44% пацієнтів.

Тривалість захворювання пацієнтів із ОВЗ перед хірургічним втручанням найчастіше становила від 1 до 6 місяців (33,58%), до 1 місяця (14,71%) і від 6 місяців до 1 року (13,58%).

Слід відзначити, що вперше ОВЗ найчастіше пацієнт діагностує сам (40,22%). "Випадково", під час ультразвукографічного (УСГ) обстеження ОВЗ діагностовано у 39,85% осіб. Діагноз ОВЗ у 14,76% пацієнтів встановлено під час обстеження з приводу іншої патології (у тому числі під час вагітності — у 0,74%) і у ході планового медичного огляду (5,17%).

Перед хірургічним втручанням консервативне лікування в амбулаторних умовах застосовано у 23,61% пацієнтів: найчастіше — L-тироксин від 25 до 100 мкг/добу (29 осіб — 10,70%), йодомарин 100/200 (12 — 4,43%), антиструмін (3 — 1,11%), тиреостатики (8 — 2,95%), пункційна терапія (2 — 0,74%), лікування "народними засобами" (10 осіб — 3,69%). Більшість пацієнтів (207-76,38%) не отримували консервативного лікування. У цій групі солітарний вузол збільшувався у 15,87% випадків, його розміри були незмінними у 60,52%. Незважаючи на консервативне лікування, розміри вузла збільшувалися у 13,28% пацієнтів, залишалися незмінними — у 10,33% осіб.

При пальпації та УСГ встановлено, що солітарний вузол локалізувався у правій частці у

151 (55,72%) особи, в лівій — у 99 (36,53%), у перешийку — у 21 (7,75%) пацієнта (табл. 2).

Пальпацією ЩЗ у хворих на ОВЗ вузлові зміни виявлено у 86,71%. У 13,29% пацієнтів солітарні вузли ЩЗ пальпацією не визначались — їх діагностовано під час УСГ. Найчастіше вузол, виявлений методом пальпації, характеризувався як "щільний, рухомий і не болючий" — у 114 (48,51%) пацієнтів. Рідше вузол описано як "еластичний, рухомий і не болючий" — у 83 (35,32%).

У групі пацієнтів, у яких після пальпації солітарний вузол описано як "щільний, рухомий і не болючий", у 64 (56,14%) осіб діагностовано аденому ЩЗ, у 31 (27,19%) — ВКЗ, у 17 (14,91%) — ПР, у 2 (1,75%) — ФР. Серед пацієнтів, у яких методом пальпації вузол характеризувався як "еластичний, рухомий і не болючий", аденому ЩЗ виявлено у 43 (51,81%), ВКЗ — у 32 (38,55%), ПР — у 6 (7,23%), АІТ — в 1 (1,20%), аденому щитоподібної залози — також в 1 (1,20%) хворого. У випадку "м'якого, рухомого і не болючого" вузла ЩЗ у 9 (60,0%) пацієнтів діагностовано аденому щитоподібної залози, ВКЗ — у 6 (40,0%). У хворих на ОВЗ зі "щільним, нерухомим і не болючим" солітарним вузлом діагностовано ПР у 9 (81,82%) осіб, ВКЗ — в 1 (9,09%) і фолікулярну аденому — також в одного (9,09%) пацієнта. Вузол, описаний як "щільний, рухомий і чутливий", виявився ПР у 4 (50,0%) хворих, ФА — у 2 (25,0%), атиповою аденомою — також у 2 (25,0%) хворих. Вузол, описаний як "щільний, нерухомий і чутливий", у двох хворих (100%) виявився ПР ЩЗ (табл. 3).

Варто підкреслити, що у ході пальпації щільного солітарного вузла ЩЗ у 25,19% випадків діагностовано РЩЗ. Значно рідше РЩЗ діагностовано за пальпаторно еластичного вузла або м'якої консистенції (6,0%). Найчастіше злоякісне новоутворення ЩЗ гістологічно діагностували у пальпаторно нерухомих вузлах ЩЗ — 78,58%.

У 36 пацієнтів, солітарний вузол яких не був доступний для пальпації, патогістологічні висновки були такими: аденома ЩЗ — 47,22%, ВКЗ і ПР ЩЗ — по 25,0%, АІТ — в одного (2,78%) хворого.

Метою УСГ обстеження пацієнтів перед хірургічним лікуванням ОВЗ була оцінка розмірів, контурів, ехогенності, васкуляризації, наявності або відсутності кальцинатів і кіст у солітарному

Таблиця 2

Характеристика розміру та особливості локалізації солітарного вузла

Розмір (мм)	Права частка (%)	Ліва частки (%)	Перешийок (%)
до 10	4 (2,65)	3 (3,03)	6 (28,57)
11-20	34 (22,52)	25 (25,25)	6 (28,57)
21-30	54 (35,76)	29 (29,29)	4 (19,05)
31-40	33 (21,85)	22 (22,22)	3 (14,29)
41-50	14 (9,28)	10 (10,10)	2 (9,52)
51-60	8 (5,29)	4 (4,04)	-
61 і більше	4 (2,65)	6 (6,06)	-
Всього	151 (55,72)	99 (36,53)	21 (7,75)
Вузол: виповнював усю паренхіму	20 (7,38)	23 (8,49)	-
локалізувався у середній третині	48 (17,71)	39 (14,39)	-
у верхньому полюсі	14 (5,17)	5 (1,84)	-
у нижньому полюсі	21 (7,75)	13 (4,79)	-
у середній і нижній третині частки	43 (15,87)	17 (6,27)	-
у середній і верхній третині частки	5 (1,84)	2 (0,74)	-

Таблиця 3

Пальпаційні характеристики вузла у диференційній діагностиці ОВЗ

Характеристика вузла	Частота (%)	Аденома (%)	ВКЗ (%)	РЦЗ (%)
щільний, рухомий і не болючий	114 (48,51)	64 (56,14)	31 (27,19)	19 (16,66)
еластичний, рухомий і не болючий	83 (35,32)	43 (51,81)	32 (38,55)	6 (7,23)
м'який, рухомий і не болючий	15 (6,38)	9 (60,0)	6 (40,0)	-
щільний, нерухомий і не болючий	11 (4,68)	1 (9,09)	1 (9,09)	9 (81,82)
щільний, рухомий і чутливий	8 (3,40)	4 (50,0)	-	4 (50,0)
щільний, нерухомий і чутливий	2 (0,85)	-	-	2 (100,0)
еластичний, нерухомий і не болючий	1 (0,43)	1 (100,0)	-	-
еластичний, рухомий і чутливий	1 (0,43)	-	1 (100,0)	-

вузлі, стану регіонарної лімфатичної системи (пацієнти, у яких діагностовано метастази в регіонарних лімфатичних вузлах у ході клінічного обстеження, до досліджуваної групи не входили).

Нечіткі контури вузла встановлено у 12,91% пацієнтів, чіткі — у 86,72%. В одного пацієнта (0,37%) вузол під час УСГ не діагностовано (атипова аденома на тлі зоба Базедова).

Солітарні вузли ЩЗ ультрасонографічно були гіпоехогенними у 40,22% хворих, гіперехогенними — у 28,78%, гетерогенними — у 15,50%, ізоехогенними — у 15,13% пацієнтів.

Васкуляризація вузлів не відрізнялася від оточуючої паренхіми ЩЗ у 61,99% хворих, була підсиленою — у 37,64%, причому з них на периферії вузла — у 7,01%, лише у центрі вузла — в 1,84%, рівномірно підсиленою — у 28,78% пацієнтів.

Кальцинати підтверджено у 38 (14,02%) хво-

рих, серед них переважали мікрокальцинати (89,47%). Кістозні зміни виявлено у 50 (18,45%) хворих, найчастіше за аденом ЩЗ — 50,0% і ВКЗ — 44,0%. Значно рідше кістоутворення траплялося за РЩЗ (6,0%).

ТАПБ виконано у 39 (14,39%) пацієнтів із клінічним діагнозом ОВЗ. Позитивний результат ТАПБ отримано в одному (2,56%), а негативний — у 28 (71,79%) випадках. Результат ТАПБ із невизначеним потенціалом злоякісності отримано у 7 (17,95%) випадках. Неінформативною ТАПБ була у 3 (7,69%) пацієнтів: в одного з них під час патогістологічного дослідження операційного матеріалу виявлено ПР ЩЗ і у двох — фолікулярну аденому ЩЗ. Серед результатів ТАПБ із невизначеним потенціалом злоякісності у всіх гістологічних матеріалах діагностовано доброякісний процес (у 4 пацієнтів — ВКЗ, у 3 — аденоми ЩЗ).

Отже, чутливість ТАПБ за ОВЗ становить

Таблиця 4

Основні характеристики ТАПБ у передопераційній диференційній діагностиці ОВЗ

Результати ТАПБ без урахування результатів із невизначеним потенціалом злоякісності		з урахуванням результатів із невизначеним потенціалом злоякісності як істинно негативних
істинно позитивні	1	1
істинно негативні	26	33
псевдопозитивні	0	0
псевдонегативні	2	2
чутливість	33,33%	33,33
специфічність	100%	100%
прогностичне значення щодо відсутності раку	92,86%	94,28%
прогностичне значення щодо наявності раку	100%	100%
діагностична точність	93,10%	94,44%

33,33%, специфічність — 100% (жодного псевдопозитивного результату ТАПБ не зафіксовано), прогностичне значення щодо відсутності раку — 92,86% (94,28% з урахуванням результатів невизначеного потенціалу злоякісності), прогностичне значення щодо наявності раку — 100%, діагностична точність ТАПБ — 93,10% (94,44% з урахуванням результатів невизначеного потенціалу злоякісності як істинно негативних) (табл. 4).

Інтраопераційну морфологічну діагностику порівняно з ТАПБ використано у значно більшій кількості пацієнтів (інтраопераційне гістологічне дослідження — 113, інтраопераційне цитологічне дослідження — 111 пацієнтів). Як зазначено у табл. 5, максимальну чутливість серед усіх методів діагностики має інтраопераційне гістологічне дослідження — 81,25% (цитологічне інтраопераційне — 73,33%). Специфічність і діагностична точність залишаються однаково високими для цитологічного та гістологічного

досліджень (98,96% і 98,97%; 95,49% і 96,46% відповідно).

Більшості пацієнтів з ОВЗ (195 — 71,96%) виконано гемітиреоїдектомію: лівобічну — 70 (25,83%), правобічну — 125 (46,13%). Тиреоїдектомію здійснено у 56 (20,66%) осіб, із них в 11 (4,06%) її доповнено регіонарною лімфаденектомією. Резекцію ЩЗ (видалення перешийка з медіальною резекцією обох часток) виконано у 15 (5,54%) пацієнтів, лівобічну гемітиреоїдектомію з резекцією правої частки — у 4 (1,47%) і в одного (0,37%) пацієнта — резекцію правої частки ЩЗ із видаленням аденоми прищитоподібної залози.

У групі пацієнтів, яким інтраопераційне цитологічне дослідження не проводилося (158 осіб), обсяг хірургічного лікування був неадекватний у 16 (10,13%) осіб: у 13 (8,23%) пацієнтів він був недостатнім, а у 3 (1,90%) — необґрунтовано розширеним. Зокрема, у 12 (7,59%) пацієнтів виконано гемітиреоїдектомію,

Таблиця 5

Основні характеристики та порівняння ефективності інтраопераційних (цитологічного та гістологічного) методів діагностики одновузлової патології ЩЗ

	Інтраопераційний цитологічний висновок	Інтраопераційний гістологічний висновок
істинно позитивні	11	13
істинно негативні	95	96
псевдопозитивні	1	1
псевдонегативні	4	3
чутливість	73,33%	81,25%
специфічність	98,96%	98,97%
прогностичне значення щодо відсутності раку	95,96%	96,97%
прогностичне значення щодо наявності раку	91,67%	92,86%
діагностична точність	95,49%	96,46%

в одного (0,63%) — резекцію ЩЗ за остаточного патогістологічного висновку ПР ЩЗ (T2N0M0 — 6 пацієнтів, T1N0M0 — 3, T3N0M0 — 2, T1bN0M0 — 1, T2bN0M0 — 1). Варто зазначити, що в 11 (6,96%) пацієнтів виконано остаточну тиреоїдектомію, і лише в одного з них у залишковій тканині ЩЗ патогістологічно діагностовано "крихітний осередок ПР" (попередній патогістологічний висновок — інвазійний ПР ЩЗ, T2N0M0). Серед пацієнтів, обсяг хірургічного лікування яких був розширеним, у 2 (1,27%) діагностовано фолікулярну аденому ЩЗ, в одного (0,63%) — атипову аденому.

Обсяг хірургічного лікування із застосуванням інтраопераційної цито- та гістологічної діагностики (113 осіб) був неадекватним лише у 2 (1,77%) осіб: в одного пацієнта виконано тиреоїдектомію (результат інтраопераційного гістологічного дослідження — "папілярний рак", а планового патогістологічного дослідження препарату — "атипова аденома з вираженими вторинними змінами"); в іншого пацієнта виконано гемітиреоїдектомію, а через три дні — остаточну тиреоїдектомію (результат інтраопераційного гістологічного дослідження — "атипова аденома", а планового патогісто-

логічного дослідження препарату — "фокуси папілярного раку на тлі нормофолікулярної аденоми").

Отже, частота адекватного за обсягом хірургічного втручання з приводу ОВЗ, враховуючи результати передопераційних методів дослідження, становить 89,87%, а з використанням інтраопераційної морфологічної діагностики — 98,23% (табл. 6).

ВИСНОВКИ

1. З метою диференційної діагностики патоморфологічного субстрату за ОВЗ серед доступних методів найінформативнішим є інтраопераційне гістологічне дослідження. Його чутливість, специфічність, загальна діагностична точність становлять 81,25%, 98,97% і 96,46% відповідно. Дещо нижчі характеристики встановлено для застосування інтраопераційної цитологічної діагностики: 73,33%, 98,96% і 95,49% відповідно.
2. За умов застосування інтраопераційних морфологічних методів діагностики ОВЗ частота адекватного за обсягом хірургічного втручання становить 98,23%, тоді як адек-

Таблиця 6

Порівняння результатів хірургічного лікування пацієнтів з ОВЗ без і з виконанням інтраопераційного цитологічного та гістологічного дослідження

	Без інтраопераційного морфологічного дослідження (%)	З інтраопераційним морфологічним дослідженням (%)
Адекватний обсяг хірургічного втручання	142 (89,87)	111 (98,23%)
Неадекватний обсяг хірургічного втручання:	16 (10,13)	2 (1,77%)
розширений	3 (1,90)	1 (0,88)
недостатній	13 (8,23)	1 (0,88)
остаточна тиреоїдектомія	11 (6,96)	1 (0,88)
Всього	158	113

ватну за обсягом операцію виконано лише у 89,87% пацієнтів, діагноз яким встановлено за допомогою комплексу передопераційних методів діагностики.

3. Частота остаточної тиреоїдектомії у групі пацієнтів, у яких застосовано інтраопераційні морфологічні дослідження, зменшилася у 8 разів, а кількість патогенетично необґрунтованих радикальних операцій — у 2,2 разу. Такі показники є підставою для рутинного використання у щоденній клінічній практиці морфологічних, передусім гістологічного, методів інтраопераційної діагностики для пацієнтів з ОВЗ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аветисян И.Л., Самойлов А.А., Гульчий Н.В., Яровой А.О. Аспирационная биопсия щитовидной железы: клинические аспекты цитологических исследований // Укр. мед. часопис. — 2002. — № 3. — С. 121-126.
2. Доготар В.Б., Опрюк Н.І., Варга А.В., Слободянюк І.М. Використання доплерографії як додаткового методу в діагностиці вузлових форм захворювання щитоподібної залози // Клін. ендокринолог. та ендокринна хірургія. — 2006. — № 1. — С. 62-66.
3. Гринев Е.Н., Малахова Т.В., Горюшкина Е.В. Роль тонкоигольной аспирационной биопсии в диагностике узловых образований щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. — 2005. — № 1. — С. 10-15.
4. Гешелін С.О., Петров С.Р. Порівняльна характеристика інформативності до- та інтраопераційних методів дослідження в диференційній діагностиці вузлових уражень щитоподібної залози // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2003. — № 1. — С. 49-51.
5. Абдулхалимова М.М., Митьков В.В., Бондаренко В.О., Зубарев А.Р. Диагностика узловых образований щитовидной железы с использованием современных методов исследования // Променева діагностика, променева терапія. — 2001. — № 2. — С. 7-15.
6. Диагностика рака щитовидной железы / В.А. Олейник, Т.П. Безверхая, Е.В. Эпштейн, Ю.М. Божок // Проблемы эндокринологии. — № 5. — 1995. — С. 37-41.
7. Эпштейн Е.В., Олейник В.А., Комиссаренко И.В. и др. Диагностика и лечение рака щитовидной железы // Журнал АМН України. — 1999. — № 3. — С. 516-524.
8. Денисова Л.Б., Воронцова С.В., Ярова Н.В. Возможности новых лучевых технологий (УЗИ, КТ, МРТ) в диагностике эндокринной патологии // Вестник рентгенологии и радиологии. — 2006. — № 1. — С. 29-44.
9. Аветисян И.Л., Самойлов А.А., Гульчий Н.В., Яровой А.О. Интраоперационная диагностика патологии щитовидной железы: шестилетний опыт специализированной клиники // Український медичний часопис. — 2001. — № 6. — С. 125-131.
10. Караченцев Ю.І. Знову до питання сучасної тактики лікування вузлового та багатовузлового зоба (Огляд матеріалів VII Російського симпозиуму з хірургічної ендокринології) // Ендокринологія. — 2000. — № 1. — С. 131-134.
11. Кононенко С.Н. Хирургическая тактика при доброкачественных узловых образованиях щитовидной железы // Хирургия. — 2001. — № 11. — С. 24-27.
12. Афанасьєва Н.І., Мужичук О.В., Грушка Г.В., Астап'єва О.М. Рак щитоподібної залози та доброякісна тиреоїдна патологія // Український радіологічний журнал. — 2002. — № 2. — С. 185-190.
13. Стернюк Ю.М., Білінський Б.Т., Галай О.О. та ін. Хірургічна тактика та особливості лімфаденектомії за раку щитоподібної залози // Клін. ендокринолог. та ендокрин. хірургія. — 2005. — № 4. — С. 61-68.
14. Штода Д.Е. Сравнительная оценка различных методов диагностики и хирургического лечения узловых образований щитовидной железы // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2005. — № 4. — С. 630-634.

РЕЗЮМЕ

Интраоперационная дифференциальная диагностика солитарного узла щитовидной железы в хирургическом лечении

О.Р. Брилинский

В работе представлены результаты интраоперационных методов диагностики солитарного узла щитовидной железы (ЩЖ) у 143 больных. Пациенты с одноузловым зобом (ОУЗ) формируют наиболее "неудобную" для хирур-

га категорію, поскільки хірургічне лічення може бути або органосберегаючим (при доброкачественній патології), або радикальним (при раці ЩЗ). Довольно часто, використовувачи всі існуючі в практиці клінічні і інструментальні методи діагностики, переконливий передопераційний діагноз встановити складно або неможливо. Тому існує ризик виконання патоморфологічно необґрунтованих хірургічних втручань в разі як доброкачественної, так і злоякісної патології. Результат інтраопераційних методів діагностики для кожного хворого порівнювали з остаточним патоморфологічним висновком після операції. Це дозволило встановити, що серед інтраопераційних методів діагностики найінформативнішим є гістологічне дослідження. Його чутливість склала 81,25%, специфічність — 98,97%, загальна діагностична точність — 96,46%. Завдяки застосуванню інтраопераційних патоморфологічних методів діагностики частота адекватного за обсягом хірургічного втручання по відношенню до ОУЗ склала 98,23%. Таким чином, методи цитологічної і гістологічної інтраопераційної діагностики повинні рутинно застосовуватися в час хірургічного лікування ОУЗ.

Ключові слова: одноузовий зоб, інтраопераційне цитологічне і гістологічне дослідження, диференціальна діагностика, хірургічне лічення.

SUMMARY

Intraoperative differential diagnosis of uninodular goiter in surgical treatment

O.R. Brilinsky

Results of intraoperative methods in diagnosis of uninodular pathology of the thyroid have been reported in the present work. These patients were treated surgically within the period of 2005-2007 in Lviv regional clinical hospital. Patients with uninodular goiter can be qualified to radical surgical treatment (thyroidectomy), first of all at the case of malignancy, or to resective methods (hemithyroidectomy) at the case of benign pathology. Using all spectrum of clinical, instrumental and laboratory methods of diagnosis, frequently occur difficulties of preoperative differential diagnosis of solitary nodule of the thyroid. Due to preoperative misdiagnosis there is a risk of performing inadequate surgical treatment, both at the case of malignancy or benign pathology. Results of intraoperative diagnosis were compared to final histological findings. Intraoperative histological study (frozen-section) admitted as the most appropriate method of diagnosis: sensitivity — 81,25%, specificity — 98,97%, diagnostic accuracy — 96,46%. Due to providing intraoperative methods of diagnosis the rate of adequate surgical treatment of uninodular goiter ranged to 98,23%. Thus, cytological and histological intraoperative methods of diagnosis should be used routinely during surgical treatment of patients, suffering at uninodular goiter.

Key words: uninodular goiter, intraoperative cytological study, intraoperative histological study, surgical treatment.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.