

гическую тактику. При раке объем определяют онкологические принципы, соответственно стадии процесса.

При такой тактике объем операции соответствует этиологическим принципам и

80% пациентов избегают превышения объема хирургических вмешательств.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.

-К сожалению, существующие пределы методов срочной интраоперационной диагностики пропускают 1,6% раков (на нашем материале), в таком случае больные направляются в онкоцентр и оперируются повторно.

- При раках сразу назначаются супрессивные дозы Л-тироксина

- При культях меньше 5-7г сразу назначаем Л-тироксин с последующим титрованием дозы

Выводы:

1. ТАБ не гарантирует отсутствие онкологического процесса.

2. Одно и многоузловой зоб до 1-2 см в диаметре подлежит наблюдению, при росте и в группах риска подлежит оперативному лечению.

3. Объем операции должен соответствовать нозологии.

Возовик А.В., Васьков В.М., Коновалов В.И.

«РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ»

Уральская государственная медицинская академия

Актуальность проблемы. Охрана репродуктивного здоровья женщины, плода и новорожденного является одной из приоритетных задач государства, та находит свое отражение в государственной программе «Безопасное материнство». При эндокринных заболеваниях у женщин, влияющих на репродуктивную функцию, повышается риск перинатальных заболеваний и потерь. Поэтому исследования особенностей течения беременности, исходов родов и прогнозирование риска для плода и новорожденного при эндокринных заболеваниях матери актуальны. Одними из самых распространенных эндокринопатий являются заболевания щитовидной железы.

С целью своевременной диагностики характера опухоли необходимо тщательный диагностический поиск при любом узловом образовании в щитовидной железе у беременных, так как доказан пролиферирующий эффект плацентарных гормонов. Это может быть связано с повышением в крови уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ),

который обладает способностью стимулировать щитовидную железу.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 159 беременных: I группа (n=52) - беременные, прооперированные по поводу узлового образования Щитовидной железы во время наблюдаемой беременности, II группа (n=57) - беременные, лечившиеся по поводу узлового зоба при беременности консервативно.

Контрольную группу составили 50 практически здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью (Iв группа по ВОЗ). Обследование всех беременных проводили согласно «Отраслевым стандартам объемов исследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии». В изучаемых группах все женщины были сопоставимы по сроку беременности, возрасту, сопутствующей патологии, паритету, акушерскому и гинекологическому анамнезу.

Оперативное лечение проводилось в хирургическом эндокринологическом отделении ГКБ №40 преимущественно во 2 триместре беременности (в сроке 20-26 недель), так как в это время почти закончены процессы миграции плаценты и наименее вероятно развитие преждевременных родов. Объем оперативного вмешательства зависел от размеров узлового образования, результатов пункционной биопсии и локализации узла в щитовидной железе.

Доля коллоидного зоба составила в I группе (по данным пункционной биопсии) 75% (39 пациенток), во II группе - 78,9% (45 человек). По данным Эндокринологического научного центра РАМН (2001г.) на долю «узлового коллоидного в разной степени пролиферирующего зоба приходится 60-75% от всех узловых образований в щитовидной железе». Наши данные у беременных сопоставимы с таковыми в популяции.

В ходе оперативного вмешательства на щитовидной железе выполнялось срочное гистологическое исследование полученных тканей щитовидной железы, а затем плановое гистологическое исследование,

Необходимо отметить, что общая доля рака составила 21,2% (11 пациенток). Общая доля узлового коллоидного в разной степени пролиферирующего зоба по данным гистологического исследования составила 55,8% (29 беременных). По данным пункционной биопсии верификация злокачественного процесса меньше в два раза по сравнению с гистологическим исследованием. Вероятно, это связано с трудностями, возникающими в ходе проведения пункционной биопсии; материал можно получить только из зоны укола, возможно получение неинформативного материала, труднодоступное расположение узла, попадание иглы в кровеносный сосуд и т. д. По литературным данным доля рака щитовидной железы у беременных в популяции различна. По одним данным - 39% среди узлов ЩЖ, по другим 43%, а в общей популяции - 10-12%. По данным П.А.Сингер (24 000 биопсий,

выполненных в 14 медицинских центрах) заключения тонкоигольной пункционной биопсии (ТПБ) были

Воробьев С.Л., Банаева И.Б.

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВА РЕДКОЙ ДВУХКОМПОНЕНТНОЙ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ВЕРЕТЕНОКЛЕТОЧНЫМ КОМПОНЕНТОМ

Ленинградское областное патологоанатомическое бюро

Опухоли смешанного строения в щитовидной железе встречаются крайне редко. Так, в классификации ВОЗ «Опухолей эндокринных органов, Лион, 2003» из двух- и многокомпонентных опухолей представлены: а) сочетание опухоли из С-клеток (медуллярная карцинома) и фолликулярных клеток (фолликулярная и папиллярная карциномы) – ICD-O код 8346/3 и б) тератома – ICD-O код 9080/1. В классификации ВОЗ отсутствует такой вариант опухоли как карциносаркома, включенной в классификации опухолей других локализаций (эндометрий, органы желудочно-кишечного тракта и т.д.). Большие трудности возникают при гистологической диагностике опухолей щитовидной железы веретенклеточного строения (чаще всего являющихся анапластическими раками ICD-O код 8020/3), которое может наблюдаться при таких опухолях как низкодифференцированная папиллярная карцинома с веретенклеточной дифференцировкой (ICD-O код 8260/3), саркомоподобная форма С-клеточной карциномы (ICD-O код 8345/3), веретенклеточная опухоль с тимусоподобной дифференцировкой (ICD-O код 8588/3), веретенклеточная лейомиосаркома (ICD-O код 8890/3).

Материалы и методы. Ретроспективное гистологическое исследование операционного материала щитовидной железы пациентки с рецидивом карциномы щитовидной железы.

Результаты. Проведенное иммуногистохимическое исследование позволило расценивать имевшую место опухоль как редкий вариант (не указанный в действующей классификации ВОЗ, 2003) сочетания низкодифференцированной фолликулярной карциномы и лейомиосаркомы с рецидивом последней через 3 года после проведения радикального оперативного вмешательства.

Выводы. Диагностика подобных и других редких опухолей щитовидной железы возможна только при соблюдении некоторых стандартов морфологического исследования операционного материала при обязательном использовании иммуногистохимического метода.