

УДК 616.441-089-07 (575.2) (04)

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.А. Осмонов – докт. мед. наук, профессор,
А.А. Юнусов – аспирант

The results of complex ultrasonic, histological and cytological examination of 306 patients with thyroid nodal were analyzed.

Заболевания щитовидной железы быстро прогрессируют среди других эндокринных патологий и становятся самыми распространенными, а лечение их становится приоритетной проблемой и все больше привлекает врачей различных специальностей в нашей стране и за рубежом [1, 2]. Актуальность проблемы лечения заболеваний щитовидной железы определяется чрезвычайной распространенностью йододефицитных заболеваний в нашей стране, ближнем и дальнем зарубежье при отсутствии адекватной массовой профилактики.

Йодная недостаточность, а также отсутствие эффективной профилактики во многих регионах привели к значительному увеличению тиреопатий – диффузного, узлового (многоузлового) коллоидного пролиферирующего зоба, в последующем к функциональной автономии щитовидной железы, конечным этапом развития которой является узловой (многоузловой) токсический зоб [3].

По литературным данным, в структуре такого собирательного понятия как “узловой эутиреоидный зоб” именно узловой (диффузно-узловой) коллоидный пролиферирующий зоб составляет большую часть больных – 40–60%. Намного реже выявляют гипертрофическую форму аутоиммунного тиреоидита 10–15%, аденомы ЩЖ – 5–10%, кисты ЩЖ – 3–5% и только в 1–10% наблюдений выявляют рак ЩЖ, причем 75–80% составляют относительно благоприятные в прогностическом плане высокодифференцированные формы [3].

Выбор лечебной тактики при узловых образованиях щитовидной железы (ЩЖ), несмотря на кажущуюся простоту, является одной из сложных задач, и даже при определенных нозологических формах она неоднозначна.

Большая часть практических врачей и исследователей рассматривают необходимость активной хирургической тактики при узловом зобе с онкологической позиции, считая показанием для операции невозможность с помощью современных методов диагностики исключить рак [1, 4]. При любом узловом образовании щитовидной железы может протекать злокачественный процесс, что, в свою очередь, предполагает проведение операции. Однако она не должна быть общепринятой и применяться у всех пациентов с узловыми образованиями [5–8]. Часто хирурги-эндокринологи проводят радикальные операции при узловом образовании любой природы, мотивируя такой подход соблюдением онкологической осторожности и предотвращением повторных операций в случае морфологической верификации злокачественной опухоли [2, 9, 10]. Располагая полным арсеналом современных методов инструментальной диагностики и лечения, особенно дооперационной морфологией образования щитовидной железы, по-видимому, допустимы динамическое наблюдение и консервативная терапия без “профилактической” хирургии. Если же невозможно дооперационное или срочное гистологическое исследование, проводят операцию по стандарт-

ной методике или унификацию объема при различных формах узловых образования и раке ЩЖ с учетом не только онкологических, но и эндокринологических аспектов, что требует дальнейшей разработки и изучения.

Материал и методы исследования.

В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 306 больных с различными узлами щитовидной железы, находившихся на амбулаторном наблюдении в городском эндокринологическом центре г. Бишкек и стационарном лечении в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя с 2003 по 2006 гг. Возраст пациентов – от 14 до 65 лет. Мужчин было 59 (19,3%), женщин – 247 (80,7%). Диагностический поиск складывался из клинических данных, исследования гормонального статуса, ультразвукового исследования, проведения тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии. Окончательный диагноз выставлялся после планового гистологического исследования.

Результаты и обсуждение. Не останавливаясь на клинических проявлениях узловых образований щитовидной железы, приводим последовательность инструментальных методов исследования и их значимость в постановке диагноза.

Гормональный статус входит в обязательный алгоритм обследования больных при заболеваниях щитовидной железы. Повышение или понижение функции щитовидной железы определялось содержанием Т3, Т4, ТТГ, наличие аутоиммунного процесса – выявлением тиреостимулирующих аутоантител: антител к микросомальным антигенам и йодидпероксидазе. Все больные подвергались данному исследованию.

Ультразвуковое исследование проводили на аппарате Sequoia-512 фирмы “Acuson” (США) датчиком с частотой 5–7 МГц. Данный метод позволяет определить увеличение объема щитовидной железы, наличие и количество узлов в ткани щитовидной железы, их размеры и структуру. Следует отметить, что при условии использования современного УЗИ аппарата и проведении ультразвукового исследования квалифицированным специалистом возможна точная постановка предварительного диагноза даже с предположением морфологической струк-

туры узла. Так, было отмечено, что из 31 случая морфологически верифицированного рака щитовидной железы в 27 врачом был предположен злокачественный процесс.

Однако современная инструментальная диагностика новообразований оказывается неполноценной без дооперационной морфологической верификации. Локализация щитовидной железы позволяет без затруднений провести пункционную тонкоигольную аспирационную биопсию. В связи с этим УЗИ исследование было дополнено последним видом исследования. Придерживаясь тактики специалистов дальнего и ближнего зарубежья, считаем, что больные, узлы щитовидной железы у которых составляют 1 см и более, подлежат данной манипуляции с последующим цитологическим исследованием биоптата. В нашем случае из 306 больных 265 проведена пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия.

Правильно выстроенный диагностический алгоритм и морфологическая верификация узлового образования позволяет определить показания к операции и установить позицию активной хирургической тактики. Тем не менее показанием к хирургическому лечению, считаем все случаи узлового зоба при размерах образования более 1 см и менее – при наличии абсолютного или подозрительного на рак цитологического заключения, полученного при тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ), а также при невозможности с помощью иных методов исключить злокачественный рост [11]. При соблюдении этих принципов пациенты с узловыми образованиями ЩЖ размерами менее 1 см в диаметре хирургическому лечению не подвергались. Их выделяли в отдельную группу и под наблюдением эндокринолога проводили гормонотерапию и динамическое наблюдение с помощью УЗИ и ТАПБ не реже одного раза в год. В том случае, если, несмотря на супрессивную терапию, отмечался прогрессивный рост узлов ЩЖ, пациентов переводили в группу повышенного онкориска с последующим направлением в стационар для хирургического лечения.

За время исследования оперировано 257 больных с узловыми тиреопатиями доброкачественного и злокачественного характера. Оп-

Результаты планового гистологического исследования узловых образований щитовидной железы

Морфологическая картина	Процент от общего числа	Число наблюдений
Фолликулярная аденома	16,3	42
Микрофолликулярная аденома	3,1	8
Аденома из Б-клеток (Ашкинази-Гюртля)	0,8	2
Аденома из С-клеток	1,2	3
Макрофолликулярный зоб	14,4	37
Микрофолликулярный зоб	10,9	28
Микро-,Макрофолликулярный зоб	9,7	25
Микрофолликулярный кистозный зоб	3,5	9
Макрофолликулярный кистозный зоб	4,7	12
Киста щитовидной железы	14	36
Рак	12	31
Сочетанная патология	9,4	24
Всего	100	257

ределившись с показаниями к хирургическому лечению, необходимо выбрать вид операции. Соблюдая онкологическую настороженность и в то же время учитывая огромное значение функции щитовидной железы в жизнедеятельности организма, мы так же, как хирурги-эндокринологи – сторонники органосохраняющих операций. Резекция ЩЖ с удалением измененной ткани является операцией выбора в нашей работе. Весь спектр операций – от резекции до тиреоидэктомии – производили только экстрафасциально, предупреждая тем самым развитие интра- и послеоперационных осложнений, а также рецидива в последующем [2, 12]. Нами выполнены следующие виды операций: субтотальная резекция долей щитовидной железы – у 185 (71,98%) больных, субтотальная резекция щитовидной железы – у 22 (8,57%), гемитиреоидэктомия – у 50 (19,45%).

Удаленный материал подвергали плановому гистологическому исследованию (см. таблицу).

После операции и выписки из стационара больные наблюдаются у специалистов-эндокринологов. При необходимости проводится заместительная гормональная терапия.

Выводы

1. Диагностический алгоритм при узловых образованиях щитовидной железы обязательно должен включать дооперационное проведение

тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии, что позволяет определить выбор того или иного вида оперативного вмешательства и избежать “профилактической” хирургии.

2. Соблюдение принципа органосохраняющих операций позволит избежать грубых нарушений со стороны функции щитовидной железы, а значит изменений в организме в целом.

3. В случае обнаружения на дооперационном этапе рака щитовидной железы соблюдение радикальности оперативного вмешательства – необходимое условие последующей профилактики рецидива опухоли.

4. В послеоперационном периоде пациенты должны наблюдаться у эндокринолога или эндокринного хирурга, проходить динамический контроль УЗИ и гормонального статуса, при необходимости получать заместительную гормональную терапию.

Литература

1. Власов В.В. Эффективность диагностических исследований. – М., 1998. – 256 с.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. – М., 2000. – 632 с.
3. Ветшев П.С., Чилингарики К.Е., Банный Д.А., Габаидзе Д.И. Рецидивный зоб: спорные вопросы и негативные тенденции // Матер. 12 (14) Росс. симпоз. по хирург. эндокринолог. – Ярославль, 2004. – С. 59–61.

4. *De-wan S.S.* Incidence of thyroid cancer in solitari and multinodular goitre. – Bombay, 1996. – P. 15–23.
5. *Николаев О.В.* Злокачественные опухоли щитовидной железы. – М., 1966. – С. 189–202.
6. *Пачес А.И., Пронн Р.М.* Рак щитовидной железы. – М., 1995. – 372 с.
7. *Daniels G.H.* Thyroid nodules and nodular thyroids: a clinical overview // *Compr. Ther.* – 1996. – Vol. 22. – №2. – P. 239–250.
8. *Lida F., Sugeno A., Muramatsu A.* // *World. J. Surg.* – 1991. – Vol. 15. – 515 p.
9. *Амирова Н.М.* Тактика и объем операций у больных с узловыми образованиями щитовидной железы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук – Саратов, 1996. – 40 с.
10. *Wilson L.D.* Williams Textbook of Endocrinology. – Philadelphia, 1998. – 456 p.
11. *Никоненко А. С, Прокопенко И.Е., Головкин Н.Г.* // Всесоюзн. симпозиум по хирургиче. эндокринологии. – Харьков, 1991. – С. 71–72.
12. *Агафонов Ф.А.* Послеоперационный рецидивный зоб. – М., 1966. – 150 с.