

© Коллектив авторов, 2008
УДК: 611.441:616 – 08:616.441 – 006

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.В. Суздальцев, С.И. Кубанов, Ю.Ю. Пыхтин
Ставропольская государственная медицинская академия

Неуклонный рост заболеваемости узловыми образованиями (УО) щитовидной железы (ЩЖ) обусловлен совершенствованием, доступностью и широким распространением диагностической аппаратуры. При пальпации УО ЩЖ обнаруживают у 4-6% населения, при УЗИ часто выявляются не диагностированных ранее узлов у взрослых составляет 11-40% [10, 11, 12]. При аутопсии умерших от нетиреоидных заболеваний узлы в ЩЖ находят более чем в половине случаев [3, 4].

Узловые образования ЩЖ – понятие собирательное. Около 90% всех УО ЩЖ приходится на долю коллоидного пролиферирующего зоба. Частота аденом колеблется от 3 до 12%. Рак среди всех заболеваний ЩЖ составляет 5 - 10%, в РФ - от 2,4 до 31,4% [4].

Взгляды в отношении объемов оперативного вмешательства при УО ЩЖ противоречивы. Одни авторы считают, что операция должна быть максимально радикальной [2, 8], другие придерживаются органосохраняющих вмешательств [3, 9]. Третья точка зрения, которой придерживаемся мы в своей работе, подразумевает определение объема операции на основании четкой морфологической дифференцировки понятия УО ЩЖ [2, 7]. В связи с этим проблема своевременной и точной морфологической диагностики УО ЩЖ имеет решающее значение в выборе метода, объема и характера лечения. Существующие дооперационные методы исследования не позволяют во всех случаях установить достоверный морфологический диагноз.

Цель исследования – разработка оптимального подхода к тактике, интраоперационной дифференциальной диагностике и хирургическому лечению УО ЩЖ.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 198 больных с УО ЩЖ, находившихся в клинике с 2000 по 2006 год. Больные разделены на 2 группы: основную – 96 и контрольную – 102. Женщины составили 82,3%, мужчины – 17,7%. Большинство больных было в возрасте от 20 до 60 лет. Солитарные узловые образования имели место у 78,8%, многоузловые – у 15,7%, диффузно-узловые – у 4,5%. Узловой (много-) коллоидный зоб гистологически верифицирован у 55% больных, из них с кистообразованием – у 12,6%. Опухоли щитовидной железы обнаружены у 27,3% больных, среди них у 75,9% выявлены аденомы ЩЖ (АЩЖ) и у 24,1% – рак (не диагностированный до операции).

В 92,3% случаях это были высокодифференцированные формы. Папиллярный рак имел место у 6 больных, фолликулярный – у 4, папиллярно-фолликулярный – у 2, в одном случае диагностирован медуллярный рак с амилоидозом из С-клеток. Хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ) выявлен у 16,7% больных. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и характеру основной патологии.

Дооперационное обследование включало: сбор анамнеза, клиническое, радиологическое, ультразвуковое, цитологическое, лабораторное, гистологическое и физиологическое исследование.

При хирургическом лечении пациентов основной группы использован разработанный комплекс интраоперационной диагностики: срочное гистологическое исследование, метод мазков-отпечатков и определение величины тканевого давления в УО ЩЖ. Измерение тканевого давления проводили интраоперационно по методике А.К. Макарова и Ю.П. Белохвостикова [6] в модификации Б.В. Алешина [1]. Объем операции в основной группе выбирался в зависимости от морфологической формы УО ЩЖ, верифицированной при помощи дооперационных и указанного комплекса интраоперационных методов диагностики. Способ и объем оперативного вмешательства в контрольной группе определялся по данным дооперационных методов диагностики. В исследование не включались больные с рецидивными УО ЩЖ и диагностированным в дооперационном периоде раком щитовидной железы (РЩЖ).

Результаты и обсуждение. По сводным данным, чувствительность тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) при заболеваниях ЩЖ составляет 60-94%, специфичность достигает 94-100%. Процент ложноотрицательных результатов варьирует от 4 до 11 (в среднем 5%), ложноположительных – от 0 до 10 (в среднем 3%) [3, 4, 5]. В нашем исследовании ТАБ выполнена 198 (100%) больным. Доброкачественные изменения выявлены у 72,2% больных, подозрительные – у 12,6% пациентов. Доля непрезентативных аспиратов составила 15,2%.

Совпадение результатов цитологии материала, полученного при ТАБ и планового гистологического исследования при коллоидном зобе, наблюдалось в 86,2%. Из 112 больных, у которых по данным ТАБ диагностирован узловой коллоидный зоб, в 2,7% случаев при плановом гистологическом исследовании обнаружен РЩЖ, в 7,1% – ХАИТ и в 6,2% – АЩЖ. ХАИТ, по дан-

Показатели тканевого давления при УО ЩЖ

Морфологическая форма УО ЩЖ	Количество больных	Тканевое давление (мм водн. ст.)*	p**
Неизменная ткань щитовидной железы (здоровая доля)	26	20-45 (33,8±1,5)	-
РЩЖ	7	46-49 (46,3±1,3)	<0,05
АЩЖ	19	47-53 (48,4±1,4)	<0,05
Узловой зоб	40	52-97 (67,3±2,4)	<0,001
ХАИТ	16	94-152 (130,0±5,0)	<0,001
Киста ЩЖ	14	241-373 (310,5±12,0)	<0,001

* - в скобках указаны значения $M \pm m$, ** - достоверность различий со здоровой тканью.

ным ТАБ, диагностирован у 31 больного, совпадение с плановым гистологическим исследованием отмечено в 77,1% случаев, у 1 (3,2%) пациента диагностирован РЩЖ, у 3 (9,7%) – АЩЖ.

Среди 25 «подозрительных» результатов ТАБ совпадение данных цитологического и гистологического исследования при АЩЖ отмечено у 22 (53,7%) больных. В 3 (12%) случаях верифицирован фолликулярный рак.

В 30 случаях непрезентативных данных ТАБ у 15 (50,0%) пациентов при плановом гистологическом исследовании выявлен узловой коллоидный зоб с кистообразованием, у 6 (20,0%) – папиллярный рак, у 9 (30,0%) – АЩЖ.

Приведенные данные указывают на то, что злокачественные изменения в ЩЖ обнаруживаются при «доброкачественных» результатах ТАБ в 2,8%, «подозрительных» – в 12%, при получении непрезентативных данных – в 20% случаев.

Совпадение результатов срочного и планового гистологического исследования при коллоидном зобе наблюдалось в 100% случаев, при ХАИТ в 81,3%, АЩЖ – в 68,4%, при РЩЖ – в 42,7% случаев. Из 7 больных, у которых выявлен РЩЖ, у 3 (42,7%) при срочном гистологическом исследовании диагностирована фолликулярная аденома, у 1 (14,3%) – узловой коллоидный зоб. В целом совпадение результатов срочного и планового гистологического исследования составило 84,5%.

Совпадение результатов срочного интраоперационного цитологического исследования мазков - отпечатков с плановым гистологическим исследованием при коллоидном зобе наблюдалось в 52 случаях (96,3%), ХАИТ – в 10 (62,5%), АЩЖ – в 14 (73,7%), при РЩЖ – в 5 (71,4%) случаев. У 2 (28,6%) больных РЩЖ при цитологическом исследовании диагностирован ХАИТ. В целом совпадение результатов цитологического исследования мазков - отпечатков и планового гистологического исследования составило 84,4%. Следовательно, диагностическая ценность результатов интраоперационного срочного гистологического и цитологического исследований сопоставима. Наибольший эффект для повышения качества данного этапа диагностики УО ЩЖ, по нашему мнению, дает сочетание обоих методов. Следует отметить, что при цитологическом методе качество окраски клеточных структур такое же, как и при дооперационной ТАБ, что нельзя сказать о срочных гистологических срезах.

При измерении тканевого давления в УО ЩЖ во всех группах больных обнаружены достоверные различия величин тканевого давления (табл.).

Как видно на таблице, при раке и аденоме ЩЖ зна-

чения тканевого давления практически не отличаются друг от друга. На этом основании мы сочли возможным объединить эти патологии в одну группу – «опухоли ЩЖ». Имеются области неопределенного диагностирования между «опухолями ЩЖ»/узловым зобом (52-53 мм водн. ст.) и между узловым зобом/ХАИТ (94-97 мм водн. ст.). Однако из всех полученных результатов в интервал 52-53 мм водн. ст. попадает 7,4%, а в интервал 94-97 мм водн. ст. – 5,6% наблюдений. Следовательно, диагноз может быть установлен однозначно в 92,6% случаев при дифференциальной диагностике «опухолей ЩЖ» и узлового зоба, в 95,4% случаев узлового зоба и ХАИТ. Кисты ЩЖ диагностируются в 100% наблюдений при характерных для них значениях тканевого давления 241-373 мм водн. ст.

Для оценки эффективности предложенной комплексной интраоперационной диагностики был проведен сравнительный анализ. В основной группе имело место статистически значимое снижение в 1,7 раза вероятности РЩЖ, выявленного только на этапе планового гистологического исследования операционного материала. Эффективность предложенной комплексной интраоперационной диагностики при этом отмечена для каждого 20 оперированного больного с УО ЩЖ.

Рекомендуемая нами лечебная тактика в отношении УО ЩЖ включает следующее. Размер узла менее 1,5 см считаем показанием к ТАБ только при наличии значимых факторов риска. Нами оперировано 3,4% больных, размер узла которых не превышал 1,5 см. Все они входили в группу риска. Рака ЩЖ у данных больных не обнаружено.

Размер узла ЩЖ 1,5-2 см, требует обязательного выполнения ТАБ. Больных с доброкачественными результатами наблюдаем или подвергаем консервативной терапии. В случае злокачественных изменений показана операция в условиях онкодиспансера. Все УО ЩЖ, «подозрительные» по данным ТАБ, подлежат оперативному лечению из-за невозможности исключить РЩЖ. При повторном получении непрезентативного результата риск злокачественности узла оцениваем, используя клинические критерии. Больных с УО ЩЖ более 2 см, необходимо оперировать независимо от результатов ТАБ. В наших наблюдениях у 12 больных из 13 РЩЖ имел место именно у этой категории пациентов.

Применение комплексной интраоперационной диагностики позволило в основной группе статистически достоверно ($p=0,009$) увеличить количество адекватных вмешательств (тиреоидэктомий) при ХАИТ, значительно снизить количество резекций ЩЖ и увеличить

число гемитиреоидэктомий с перешейком при АЩЖ.

В 6 случаях РЩЖ из 7 в основной группе больных диагноз установлен интраоперационно. В одном случае выставлен диагноз АЖЩ, при этом выполнена гемитиреоидэктомия с перешейком в эпифасциальном варианте. Все операции признаны радикальными по объему с учетом распространенности процесса. Повторные вмешательства не выполнялись. В контрольной группе во всех 6 наблюдениях диагноз РЩЖ установлен только после планового гистологического исследования. Трём больным потребовалось выполнение повторной операции.

Выводы

1. Интраоперационное определение тканевого давления позволяет в большинстве случаев установить морфологическую форму УО ЩЖ.

2. Комплексная интраоперационная диагностика УО ЩЖ позволяет в 1,7 раза повысить вероятность диагностики рака. Эффективность отмечена для каждого 20 оперированного больного.

3. Интраоперационная морфологическая диагностика УО ЩЖ позволяет своевременно и строго дифференцированно определить объем и способ хирургического вмешательства, что практически исключает необходимость повторной операции.

Литература

1. Алёшин, В.Б. Тканевое давление и его значение в диагностике заболеваний щитовидной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Б. Алёшин. – Иркутск, 1994. – 24 с.
2. Валдина, Е.А. Хирургические вмешательства и их технические особенности у больных дифференцированным раком щитовидной железы / Е.А. Валдина // Вестник хирургии. – 2000. – №5. – С. 101-103.
3. Воскобойников, В.В. Диагностика, тактика и хирургическое лечение больных с многоузловым эутиреоидным зобом / В.В. Воскобойников, В.Э. Ванушко, А.М. Артёмова, Т.В. Солдатова, Н.С. Кузнецов // Проблемы эндокринологии. – 2001. – №4. – С. 1-11.
4. Гринёва, Е.Н. Узловые образования в щитовидной железе. Диагностика и врачебная тактика / Е.Н. Гринёва // Проблемы эндокринологии. – 2003. – №6. – С. 59-61.
5. Дадияни, Ц.Ш. Консервативное лечение узлового зоба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ц.Ш. Дадияни. – Тбилиси, 2002. – 24 с.
6. Макаров, А.К. Регистрация и моделирование тканевого давления в нормальных и патологически изменённых органах / А.К. Макаров, Ю.П. Белохвостиков. – Иркутск: Изд. ИГМИ. – 1987. – 67 с.
7. Петров, В.Г. Тактика диагностики и лечения узловых образований щитовидной железы / В.Г. Петров, А.В. Махнев, А.А. Нелаева // Проблемы эндокринологии. – 2002. – №5. – С. 4.
8. Романчишен, А.Ф. Пути к безопасному хирургическому лечению пациентов с заболеваниями щитовидной железы / А.Ф. Романчишен // Вестник хирургии. – 1998. – №3. – С. 20-22.
9. Фадеев, В.В. Отдалённые результаты консервативного и хирургического лечения токсического зоба / В.В. Фадеев, И.И. Бузиашвили, Н.А. Абрамова [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2004. – №6. – С. 3-9.
10. Шулутко, А.М. Ультразвуковые методы исследования и пункционная биопсия в диагностике узловых образований щитовидной железы / А.М. Шулутко, В.И. Семиков, Н.А. Иванова [и др.] // Хирургия. – 2002. – №5. – С. 7-12.
11. Brokljasis, B. Common Problems in Endocrine Surgery / B. Brokljasis, V. Cuk, H. Tomic-Brzac [et al.] // J. Clin. Ultrasound. – 1994. – №2. – P. 71-76.
12. McWales, W. Ultrasound Diagnostic Principles / W. McWales // J. Eng. Surg. – 1998. – Vol. 1. – P. 77-80.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.В. СУЗДАЛЬЦЕВ, С.И. КУБАНОВ, Ю.Ю. ПЫХТИН

На основе результатов лечения 198 пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы проведен анализ результатов тонкоигольной аспирационной биопсии. Предложен комплексный метод интраоперационной морфологической диагностики, включающий измерение тканевого давления, цитологическое исследование методом мазков-отпечатков, срочное гистологическое исследование. Разработана лечебная тактика в зависимости от размеров и морфологической формы узлового образования, данных клинко-лабораторного обследования.

Ключевые слова: узловые образования щитовидной железы, морфологическая диагностика, интраоперационная диагностика, лечебная тактика

DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF THYROID GLAND NODES

SUZDALTSEV I.V., KUBANOV S.I., PYCHTYN Y.Y.

The results of the fine-needle biopsy were analysed according to the treatment records in 198 patients with thyroid gland nodes. Complex procedure of intraoperative morphological diagnostics including tissue pressure measurement, cytological study by touch smear technique, express histological study was developed and assessed. Authors tried to work out therapeutic approach according to the size and morphological form of the nodes, data of the clinico-laboratory examination.

Key words: thyroid gland nodes, intraoperative morphological diagnostics, therapeutic approach