

ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА

С.Н.Трушин, Д.С.Трушин

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

В статье приведены современные данные по этиологии, диагностике и лечению узлового коллоидного зоба. Особое внимание уделено принципам оперативного лечения с точки зрения онкологической настороженности.

Узловой эутиреоидный зоб, несмотря на свою кажущуюся простоту, является одним из самых сложным заболеваний.

Под термином узловой зоб понимается 2 типа изменений щитовидной железы - коллоидный и паренхиматозный. В первом случае морфологическим субстратом являются узлы, которые содержат наполненные коллоидом, перерастянутые фолликулы. Во втором - узлы, содержащие большое количество новообразованных фолликулов с малым содержанием коллоида. Морфологически такие узлы обычно имеют микрофолликулярное строение. Ни те, ни другие формы узловых образований не имеют отношения к опухолям щитовидной железы [4, 26]. Чаще всего при гистологическом исследовании определяется макро-микрофолликулярный (смешанный) узловой зоб.

Узловой зоб является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний щитовидной железы. В США, клинически выявляемые узлы щитовидной железы обнаруживаются у 4-7% взрослого населения, причем значительно чаще среди женщин, чем среди мужчин. При анализе результатов 1000 аутоп-

сий, произведенных в клинике Мейо, в половине случаев были обнаружены недиагностированные при жизни узлы в щитовидной железе [50].

Несмотря на то, что узловому зобу посвящено очень много научных работ, ряд вопросов этиологии и патогенеза, остаются спорными и не совсем ясными.

По мнению ряда исследователей, в патогенезе узлового эутиреоидного зоба большую роль играют наследственные факторы. При этом авторы считают, что наследственная предрасположенность к данному заболеванию передается не в простой генетической форме, а включает более сложный механизм, компоненты которого могут различаться у разных людей [2, 50].

Субхангулов З.М. и соавт. (1998) [33, 34] высказывают предположение о роли соматотропного гормона гипофиза и инсулина в развитии узловых форм зоба, так как эти гормоны задерживаются в ткани щитовидной железы.

В связи с недостаточной ясностью значимости этих и некоторых других моментов, основной причиной развития узлового зоба на настоящий момент считается дефицит йода. Общая

гиперпластическая реакция щитовидной железы, развивающаяся в ответ на йодную недостаточность, в дальнейшем может стать локальной и привести к развитию узловой формы зоба, как правило, имеющего несколько узлов. Таким образом, узловой зоб развивается на фоне йодной недостаточности или в связи с индивидуальными врожденными дефектами ферментов, участвующих в превращениях йода [26, 37, 50].

Клиническое течение узлового (многоузлового) зоба характеризуется обычно малосимптомностью. Клинические проявления обычно возникают тогда, когда зоб уже заметен визуально. Чаще всего это чувство "комка" в горле [4].

Большинство авторов считают необходимым уточнение функции щитовидной железы, для чего в первую очередь рекомендуют направлять больного на исследование уровня ТТГ, T_3 , T_4 , тироксинсвязывающего глобулина, антител к тиреоглобулину. Эти данные будут необходимы как контрольные при проведении любого вида лечения, при любой патологии железы [20, 22, 23].

Обязательным и наиболее информативным исследованием больных с узловым зобом является ультразвуковое, которое целесообразно провести даже при отсутствии пальпируемых узловых образований. УЗИ позволяет обнаружить узловые образования от 3 мм и более, определить размеры, характер узла (плотность ткани, наличие кист, очагов распада и т.д.), его капсулу, отношение с окружающими тканями (прорастание), наличие увеличенных лимфоузлов шеи. Особое значение метод приобретает при низко расположенной и частично загрудинной щитовидной железе [7, 15, 19].

В зависимости от результатов физического осмотра и данных УЗИ решается вопрос о проведении радиоизотопного исследования (сцинтиграфии). Этот метод позволяет подтвердить наличие узлов при сомнительных данных УЗИ и уточнить функциональную активность узлового образования и щитовидной железы в целом. Применение радиоизотопного сканирования считается не обоснованным, так как информативность метода довольно низка [50].

Большинство авторов считают необходимым проведение пункционной аспирационной биопсии при малейшем подозрении на наличие узла или какую-либо инфильтрацию железы, например, при аутоиммунном тиреоидите. По результатам пункционной биопсии можно судить о морфологической структуре узла [5, 6, 13, 18, 31, 38, 44, 45, 46].

Вопрос о лечебной тактике у больных узловым и многоузловым зобом решается неоднозначно разными авторами. Единодушным является мнение о необходимости оперативного лечения больных с одиночными крупными узлами (более 1,5 см в диаметре) в связи подозрительностью на малигнизацию [1, 4, 8, 14, 27, 29, 35, 48].

При многоузловом коллоидно-паренхиматозном зобе мнения хирургов о тактике лечения различны. Некоторые считают целесообразным только хирургическое лечение [21, 27, 35, 39, 41], другие - высказывают мнение о целесообразности в ряде случаев консервативного лечения этой формы зоба [8, 9, 10, 29, 32].

Основным методом консервативного лечения больных узловыми формами зоба является тиреоидная терапия, основанная на подавлении секреции тиреотропного гормона, который

в основном и обуславливает рост тиреоидной ткани и образование в ней узлов. Кроме того, имеются экспериментальные данные, позволяющие предполагать, что ТТГ усиливает связывание фолликулярных клеток щитовидной железы с эпидермальным фактором роста, который обладает сильным митогенным действием на тиреоидные клетки [9, 10, 11, 12, 48, 50].

Тиреоидные гормоны (L-тироксин) назначают по 25-50 мкг/сут с последующим повышением дозы до максимально переносимых (как правило, 150 - 200 мкг/сут). Длительность лечения должна быть не менее 6-12 месяцев [9, 10, 11, 12, 48, 50].

Результатами лечения могут быть: уменьшение объема щитовидной железы, размера и количества узлов (вплоть до их исчезновения). При отсутствии положительной динамики или росте железы и узлов оперативное лечение становится необходимым [9, 10, 11, 12, 48, 50].

Некоторые хирурги применяют методику склерозирования одиночных узлов менее 1,5 см в диаметре – вводят в ткань узла 1-1,5 мл 96% спирта [24, 28, 36, 44, 46]. Учитывая увеличение больных раком щитовидной железы и недостаточную возможность его верификации до операции [35, 40, 41, 42, 43], широкое внедрение данной методики вряд ли целесообразно.

До настоящего времени нет единого мнения о характере обезболивания операций на щитовидной железе. Некоторые хирурги отстаивают мнение о необходимости проведения местной инфильтрационной анестезии, мотивируя это тем, что сохраняется “голосовой” контроль за состоянием возвратных нервов [4, 30]. В тоже время проведение операции под местной анестезией не позволяет выполнить тщательную ревизию щитовидной железы и окружающих тканей. Эффект “присутствия”

больного на операции нежелателен у больных с тиреотоксикозом.

Наиболее эффективным современным методом обезболивания является многокомпонентный комбинированный наркоз включающий: нейролептаналгезию (НЛА), введение миорелаксантов, интубацию трахеи и искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Эта методика дает возможность надежно обезболить операцию, избежать ненужных глотательных движений и исключить развитие ларингоспазма во время операции. Отсутствие возможности “голосового” контроля за состоянием возвратного нерва предъявляет к хирургу строгие требования знания топографической анатомии области щитовидной железы и тщательности выполнения методики резекции железы [25, 40]. Общее обезболивание позволяет щадить психику больного, что имеет немаловажное значение у больных с заболеваниями щитовидной железы.

Хирургическое лечение узлового и многоузлового зоба вызывает много дебатов, в основном в отношении объема операции.

Ряд авторов придерживаются максимально органосохраняющей тактики резекции щитовидной железы [1, 3, 4, 14, 21, 27, 29, 39, 41].

Другие выступают за более радикальный объем операции: при узловом зобе - гемитиреоидэктомия; при многоузловом - субтотальная резекция щитовидной железы или тиреоидэктомия [8, 42, 43, 47].

Большинство авторов рекомендуют обязательно проводить во время операции гистологическое исследование удаленной ткани щитовидной железы, которое и определяет окончательный объем операции [1, 4, 8, 14, 21, 27, 29, 39].

подавляющим большинством отечественных хирургов при узловых фор-

мах зоба используется субфасциальная резекция щитовидной железы. При одностороннем поражении – субфасциальная гемитиреоидэктомия, при двухстороннем – субтотальная резекция щитовидной железы [1, 3, 4, 14, 16, 17, 21, 27, 29, 32, 39, 41].

К сожалению, у 14-30% больных диагноз рака щитовидной железы устанавливается при окончательном гистологическом исследовании удаленной ткани [8, 30, 35, 42, 43, 47]. Таким образом, субфасциальная резекция ткани железы будет не радикальной.

В послеоперационном периоде некоторые хирурги [1, 30, 40, 41] рекомендуют назначение тиреоидных гормонов с целью профилактики рецидива узлового зоба. Обоснованием такой тактики служит стимуляция выработки ТТГ гипофиза, которая развивается в результате удаления части щитовидной железы и, как результат этого, снижение выработки тиреоидных гормонов. L-тироксин назначают в дозе 25-50 мкг/сут на протяжении 3-6 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдежалилов А.А. Хирургическое лечение узлового эндемического зоба // Вестн. хирургии им. Грекова. - 1988. - № 12. - С. 92-93.

2. Антигены системы HLA при узловых образованиях щитовидной железы / Б.Л. Расовский, М.Н. Димова, Т.П. Киселева и др. // Пробл. эндокринологии. - 1993. - № 1. - С. 28-30.

3. Брейдо И.С. Операция по поводу узлового зоба у больной гемофилией С // Хирургия. - 1988. - № 4. - С. 137-138.

4. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. - Л., 1979. - 239 с.

5. Бронштейн М.Э. Цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы // Актуальные проблемы эндокринологии: Тез. докл. III Всерос. съезда эндокринологов. - М., 1996. - С. 125-126.

6. Бронштейн М.Э., Пантелеев И.В. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VII Рос. симпозиума по хирургич. эндокринологии. - Липецк, 1998. - С. 34-37.

7. Бубнов А.Н., Трунин Е.Н., Беляева Л.В. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении заболеваний щитовидной железы // Актуальные проблемы эндокринологии: Тез. докл. III Всерос. съезда эндокринологов. - М., 1996. - С. 126-127.

8. Васьков В.М., Масальская Т.А. "Узел" в щитовидной железе - всегда ли операция и в каком объеме? // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VII Рос. симпозиума по хирургич. эндокринологии. - Липецк, 1998. - С. 48-50.

9. Герасимов Г.А. Патогенез и дифференциальная диагностика узловых форм зоба // Актуальные проблемы эндокринологии: Тез. докл. III Всерос. съезда эндокринологов. - М., 1996. - С. 131-132.

10. Герасимов Г.А. Рекомендации по лечению препаратами гормонов щитовидной железы и йода. - Rini Group, 1998. - 15 с.

11. Герасимов Г.А., Чернова Т.О. В помощь пациентам с заболеваниями щитовидной железы (лекция) // Пробл. эндокринологии. - 1994. - № 6. - С. 41-43.

12. Герасимов Г.А., Чернова Т.О. В помощь страдающим заболеваниями щитовидной железы // Пробл. эндокринологии. - 1994. - № 4. - С. 39-42.

13. Глейзеров Э.И. Морфологическая диагностика патологии щитовидной железы // Медицинские последствия аварии на Чернобыльской АЭС: Материалы науч.-практ. симпозиума. - М., 1995. - С. 101-103.

14. Гостимский А.В., Иванова Т.В. Узловые новообразования щитовидной железы в детском и подростковом возрасте // Актуальные проблемы эндокринологии: Тез. докл. III Всерос. съезда эндокринологов. - М., 1996. - С. 134.

15. Диагностическая ценность ультразвукового исследования у больных с уз-

ловыми образованиями щитовидной железы / В.Н. Коняев, В.Н. Попов, В.С. Мамонов и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VI Рос. симпози. по хирургич. эндокринологии. - Саранск, 1997. - С. 141-143.

16. Заривчацкий М.Ф., Блинов С.А. Диагностические и хирургические аспекты зоба // Актуальные проблемы эндокринологии: Тез. докл. III Всерос. съезда эндокринологов. - М., 1996. - С. 137.

17. Зеновко Г.И., Семуков Я.С. Диагностика и хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы // Хирургия. - 1989. - № 3. - С. 76-79.

18. Использование тонкоигольной аспирационной биопсии при лечении узловых образований щитовидной железы / А.П. Климченков, А.Н. Бубнов, Л.В. Беляева и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VII Рос. симпози. по хирургич. эндокринологии. - Липецк, 1998. - С. 118-120.

19. Использование ультразвукового исследования в диагностике заболеваний щитовидной железы / В.Б. Анчуков, В.А. Привалов, Я.В. Пельцвергер, А.Г. Богданов // Актуальные проблемы эндокринологии: Тез. докл. III Всерос. съезда эндокринологов. - М., 1996. - С. 119.

20. Кандроп В.И. Эутиреоидный зоб: аутоиммунный компонент патогенеза // Пробл. эндокринологии. - 1988. - № 1. - С. 34-40.

21. Комардин Л.Н., Бубнов А.И., Можайский Е.Д. Вопросы эндокринологии. - Л., 1990. - С. 135-139.

22. Комплексная экспресс-диагностика заболеваний щитовидной железы / Ю.Н. Богин, В.О. Бондаренко, В.М. Орлов, Н.А. Шапиро. - М., 1992. - С. 79.

23. Котова Г.А. Современные методы исследования щитовидной железы (лекция) // Пробл. эндокринологии. - 1990. - № 3. - С. 42.

24. Лечение узлового зоба методом деструкции под контролем сонографии / А.Н. Бубнов, Е.М. Трунин, А.П. Климченков и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VII Рос. симпози. по хирургич. эндокринологии. - Липецк, 1998. - С. 37-43.

25. Младенцев П.И. Показания к эндотрахеальному наркозу при зобе // Актуальные проблемы эндокринологии: Тез. докл. III Всерос. съезда эндокринологов. - М., 1996. - С. 151.

26. Назаров А.Н., Сурков С.И. К патогенезу эутиреоидного зоба // Пробл. эндокринологии. - 1989. - № 1. - С. 35-39.

27. Никитенко А.И., Овчинников В.А. Дифференцированный подход к выбору метода операций при узловых образованиях щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VI Рос. симпози. по хирургич. эндокринологии. - Саранск, 1997. - С. 194-199.

28. О склеротерапии доброкачественных узлов и кист щитовидной железы / А.Н. Барсуков, О.А. Коноплев, Н.А. Панисьяк и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VI Рос. симпози. по хирургич. эндокринологии. - Саранск, 1997. - С. 32-33.

29. О хирургическом лечении узлового коллоидного зоба / А.А. Фурсов, А.И. Донюков, Г.В. Зуева и др. // Организация онкологической службы, лечение и реабилитация больных злокачественными опухолями основных локализаций: Материалы межрегион. науч.-практ. конф. - Рязань, 1996. - С. 133-135.

30. Опыт хирургического лечения заболеваний щитовидной железы / Р.Ф. Силищев, Ю.Н. Халов, В.Л. Служко и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VI Рос. симпози. по хирургич. эндокринологии. - Саранск, 1997. - С. 262-263.

31. Прицельная тонкоигольная аспирационная биопсия салитарных эутиреоидных образований щитовидной железы / П.С. Ветшев, И.С. Кузнецов, К.Е. Чилингерида, В.Э. Ванушко // Актуальные проблемы эндокринологии: Тез. докл. III Всерос. съезда эндокринологов. - М., 1996. - С. 135.

32. Решетников Е.А., Кобзев И.О., Чуланова О.С. Лечение больных узловым зобом // Хирургия. - 1990. - № 6. - С. 109-112.

33. Роль инсулина в патогенезе узлового эутиреоидного зоба / З.М. Субхангу-

лов, В.Г. Сахатудинов, Р.А. Давлетшин и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VII Рос. симпозиума по хирургич. эндокринологии. - Липецк, 1998. - С. 231-232.

34. Роль соматотропина в патогенезе узлового нетоксического зоба / З.М. Субхангулов, В.Г. Сахатудинов, Р.А. Давлетшин и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VII Рос. симпозиума по хирургич. эндокринологии. - Липецк, 1998. - С. 230-231.

35. Романчишен А.Ф., Романчишена Е.С. Хирургическая тактика лечения заболеваний щитовидной железы с онкологических позиций // Пробл. эндокринологии. - 1992. - № 6. - С. 27-29.

36. Селиверстов О.В., Привалов В.А., Демидов А.К. Отдаленные результаты склеротерапии при лечении заболеваний щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VII Рос. симпозиума по хирургич. эндокринологии. - Липецк, 1998. - С. 223-225.

37. Таланов В.В. Эндемический зоб. Сущность. Этиология и генетика в этиологии. Дефиниция // Пробл. эндокринологии. - 1989. - № 4. - С. 43-46.

38. Тонкоигольная пункционная биопсия и методы визуализации щитовидной железы в диагностике узловых форм зоба / С.Л. Внотченко, Т.А. Океанова, М.Э. Бронштейн и др. // Пробл. эндокринологии. - 1993. - № 6. - С. 30-33.

39. Торопов Ю.Д., Избицкий В.И., Высоцкий В.Н. Диагностика и хирургическое лечение узлового эутиреоидного и токсического зоба // Хирургия. - 1991. - № 7. - С. 81-85.

40. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы / Т.А. Дорошенко, И.М. Рольшиков, В.А. Ковалев и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VII Рос. симпозиума по хирургич. эндокринологии. - Липецк, 1998. - С. 76-77.

41. Хирургическое лечение зоба у жителей Киевской области / В.И. Мамич, Т.П. Сиваченко, А.В. Погорелов и др. // Хирургия. - 1992. - № 7-8. - С. 68-70.

42. Хирургическое лечение узловых образований щитовидной железы в свете ближайших и отдаленных результатов / Ю.Т.

Цуканов, И.Ф. Карниенко, А.А. Артемьева и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VII Рос. симпозиума по хирургич. эндокринологии. - Липецк, 1998. - С. 264-249.

43. Чингышбаев Ш.М., Бебезов Х.С., Рафибеков Д.С. Хирургическое лечение узлового эутиреоидного зоба в Кыргызской республике // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VI Рос. симпозиума по хирургич. эндокринологии. - Саранск, 1997. - С. 296-297.

44. Bennedbaek F.N., Hegedus L. Alcohol sclerotherapy for benign solitary solid cold thyroid nodules [letter] // Lancet. - 1995. - V. 346, N 8984. - P. 1227.

45. Borman K.R., Hume A.T. Credibility and clinical utility of thyroid fine-needle aspiration biopsy in a teaching hospital // Am. J. Surg. - 1995. - V. 170, N6. - P. 638-642.

46. Ferrari C. Value of ethanol injection in the treatment of the autonomous thyroid nodule [editorial] // J. Endocrinol. Invest. - 1995. - V.18, N 6. - P. 465-467.

47. Genssenjager E., Heitz P., Martina B. Prospective therapy study in differentiated thyroid carcinoma // Schweiz. Med. Wochenschr. - 1995. - V. 125, N 46. - P. 2226-2236.

48. Giuffrida D., Gharib H. Controversies in the management of cold, hot, and occult thyroid nodules // Am. J. Med. - 1995. - V. 99, N6. - P. 642-650.

49. Samel S., Kaufer C. Need for thyroidectomy in differentiated thyroid cancers // Langenbecks. Arch. Chir. - 1995. - V.380, N5. - P. 260-265.

50. Studer H., Derwahl M. Mechanisms of nonneoplastic endocrine hyperplasia-a changing concept: a review focused on the thyroid gland // Endocr. Rev. - 1995. - V.16, N4. - P. 411-426.

ETIOLOGY, DIAGNOSTICS AND TREATMENT NODAL COLLOIDAL STRUMA

S.N. Trushin, D.S. Trushin

In paper the modern datas on an etiology, diagnostics and treatment of a nodal colloidal struma are reduced. The special attention is given to principles of operating treatment from the point of view of an oncology.