

ем пораженных участков ткани ЩЖ во время операции. Это подтверждает и тот факт, что после резекции доли с узлом рецидив в первые пять лет наблюдался у 30 из 40 человек (7,1 % от общего количества пациентов с рецидивным узловым зобом и 75 % (!) от числа пациентов, которым была проведена данная операция). Столь же высокий процент ранних рецидивов отмечен у пациентов, которым произведена энуклеация узла – 25 из 35, что составило 5,9 % от всех наблюдаемых нами рецидивов узлового зоба и 71,4% (!) от доли пациентов, которым произведена данная операция. Мы проанализировали морфологическую структуру рецидивного узлового зоба. Из 420 пациентов с рецидивом узлового зоба всего в 2 (0,5 %) наблюдениях нами обнаружен рак. Это еще раз подтверждает высказываемые в последнее время в литературе предположения о необоснованности онкологической опасности послеоперационного рецидивного узлового зоба. Также отмечено незначительное количество рецидивирования фолликулярных аденом – 4,8 %. Основное количество рецидивов приходилось на узловой коллоидный зоб – 235 (55,9 %) наблюдений. В 84 (20,0 %) случаях наблюдается сочетание его с АИТ. В 118 (28,1 %) наблюдениях при морфологи-

ческом исследовании узлов обнаружена очаговая гиперплазия при АИТ.

Риск развития рецидива узлового зоба при экономных резекциях доли ЩЖ достаточно высок, что может вызвать необходимость оперативного вмешательства. Высокий процент рецидива именно коллоидного зоба указывает на то, что патологические процессы, приведшие к нему, поражают не какой-то локальный участок ткани ЩЖ, а всю ткань. Если рецидив появляется на оперированной стороне и есть необходимость в повторной операции, то риск возникновения специфических послеоперационных осложнений будет гораздо выше, нежели при необходимости проведения оперативного вмешательства на противоположной доле.

Выводы. Таким образом, мы считаем, что снижение количества рецидивов узлового зоба в большей мере зависит от выбора адекватного объема оперативного вмешательства и правильности его выполнения. Такие операции, как резекция доли и энуклеация узла, нельзя считать адекватным минимальным оперативным вмешательством по поводу узлового зоба. Адекватным минимальным объемом оперативного вмешательства при узловом зобе необходимо считать гемитиреоидэктомию, причем для возможности полного удаления патологически измененной ткани железы необходимо выполнять ее экстрафасциально.

ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ АДЕНОМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Г. Петров, А.А. Нелаева, С.А. Якимов, А.М. Машкин, Д.И. Малинин

ГЛПУ ТО ОКБ № 2, ММЛПУ Эндокринологический диспансер, ГОУ ВПО ТюмГМА МЗ РФ, г. Тюмень

Фолликулярная аденома (ФА) – наиболее часто встречающийся вид доброкачественной опухоли ЩЖ, без признаков инвазии капсулы и сосудов. Встречается у 10–25 % пациентов с узловым зобом. По нашим данным, ФА встречается у 10,5 % пациентов с узловым зобом.

Цель исследования. Анализ возможности малигнизации ФА в зависимости от пола и возраста пациентов, а также в зависимости от размеров опухоли.

Материал и методы. Анализ морфологической структуры ФА у 101 пациента, оперированного нами за период с 2001 по июнь 2004 г.

Результаты. Из 101 оперированного пациента с ФА 15 (14,9 %) были лица мужского пола, 86 (85,1 %) – женского пола. Среди мужчин ФА наиболее часто диагностировалась в возрасте от 51 до 60 лет – 8 (53,3 %), 4 (26,7 %) – в возрасте 41–50 лет, 1 (6,6 %) – 31–40 лет, 2 (13,3 %) – 25–30 лет. В более молодых и более старших возрастных группах у мужчин ФА нами не обнаружена. В отличие от пациентов мужского пола, ФА у женщин обнаруживалась во всех возрастных группах. Так же, как и у мужчин, у женщин наиболее часто ФА диагностировалась в возрасте 51–60 лет – 27 (31,4 %). В возрасте 41–50 лет – 20 (23,3 %), 61–70 – 15 (17,4 %). В отличие от мужчин у женщин ФА встречалась в более молодом и более старшем возрасте.

Так, у лиц старше 61 года ФА обнаружена в 17 наблюдениях (18,8 %). У пациентов моложе 30 лет – в 7 (8,2 %). ФА была диагностирована у одной пациентки (1,2 %) моложе 20 лет.

Из 101 ФА признаки малигнизации (наличие инвазии в капсулу) отмечены в 7 наблюдениях (6,9 %). Достоверной разницы в вероятности малигнизации ФА в зависимости от пола пациента нами не обнаружено. Так, у мужчин из 15 ФА только одна (6,7 %) была с признаками малигнизации, у женщин – признаки малигнизации обнаружены в 6 (7,0 %) случаях ($p>0,05$). Однако если учесть тот факт, что среди всех оперированных нами пациентов за этот период с узловым зобом ФА у мужчин составила 45,5%, а среди

женщин – всего 29,9%, то риск обнаружить малигнизированную ФА у мужчин выше. Мы проанализировали вероятность малигнизации ФА в зависимости от ее размеров. Малигнизированные ФА имели достоверно больший размер – $3,5 \pm 0,6$ см в диаметре по сравнению с аденомами, без признаков малигнизации – $2,9 \pm 0,8$ см ($p<0,05\%$).

Выводы. Вероятность малигнизации ФА у мужчин и женщин одинаковая. Однако в связи с тем, что доля ФА среди узловых патологий ЩЖ значительно выше у пациентов мужского пола, чем у женского, то вероятность обнаружить малигнизированную ФА выше у мужчин. Вероятность малигнизации достоверно возрастает с увеличением размеров узла и зна-

чительно выше в узловых образованиях более 3 см в диаметре.

К ВОПРОСУ О БЫСТРОМ РОСТЕ УЗЛА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРИЗНАКЕ ЕГО ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ОНКОПАТОЛОГИИ

В.Г. Петров, А.А. Нелаева, Е.А. Александрова, Д.И. Малинин

ГЛПУ ТО ОКБ № 2, ММЛПУ Эндокринологический диспансер, ГОУ ВПО ТюмГМА МЗ РФ, г. Тюмень

В литературе существуют противоречивые мнения в отношении усиления темпа роста узлового образования щитовидной железы (ЩЖ) как одного из критериев, указывающих на принадлежность данного образования к онкопатологии.

Цель исследования. Установить связь между морфологической принадлежностью узла ЩЖ и темпами его роста.

Материал и методы. Для проверки этого факта мы проанализировали данные морфологического исследования операционного материала у 92 больных, оперированных по поводу узлового зоба, показанием к оперативному лечению у которых был быстрый темп роста узлов.

Результаты. Большая часть быстрорастущих узлов у оперированных нами пациентов приходится на узловой коллоидный зоб, который составил 67,4 % всех узлов. У 22 (23,9 %) пациентов при гистологическом исследовании удаленных узлов отмечена кистозная трансформация, что, вероятнее всего, и послужило

причиной ускорения темпов их роста. Треть узлов – 19 (20,7 %) – характеризуется наличием воспалительных аутоиммунных процессов в ткани железы, прилегающей к узлу. Рост этих узлов, возможно, связан не с истинной пролиферацией фолликулярного эпителия в узле, а с увеличением лимфоидной инфильтрации вокруг узла. У 22 (23,9 %) пациентов с быстрорастущими узловыми образованиями ЩЖ при морфологическом исследовании обнаружена фолликулярная аденома, ни в одном случае не отмечено ее малигнизации, у четырех из 22 пациентов также обнаружена кистозная трансформация аденомы. У 6 (6,5%) растущие узлы при морфологическом исследовании оказались ложными узловыми образованиями на фоне гипертрофической формы АИТ Хашимото. Только у двух пациентов при морфологическом исследовании удаленного узла диагностирован рак ЩЖ. В одном случае у пациентки 32 лет отмечен папиллярный рак в сочетании с АИТ Хашимото. Во втором – у пациентки 48 лет на фоне многоузлового зоба среди множества коллоидных узлов обнаружен