

© ОЛИФИРОВА О.С., БЕЛОБОРОДОВ В.А., СААЯ А.Т., ШИМОТЮК А.В.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МНОГОУЗЛОМ ЗОБЕ

О.С. Олифирова, В.А. Белобородов, А.Т. Саая, А.В. Шимотюк

Красноярская государственная медицинская академия им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; Амурская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. В.А. Доровских.

Резюме. В представленной статье описаны данные, касающиеся основных принципов построения лечебно-диагностических мероприятий у больных с многоузловым зобом. Работа основана на результатах комплексного обследования и хирургического лечения 1066 больных с многоузловым зобом. Указанные позиции аргументированы онкологическими, эндокринологическими и хирургическими принципами ведения указанной категории больных.

Ключевые слова: многоузловой зоб, диагностика, хирургическое лечение.

Распространенность многоузлового зоба (МУЗ) в структуре хирургической патологии щитовидной железы (ЩЖ) в течение последних лет значительно увеличилась с 25% до 77,9% и имеет тенденцию к росту [2, 4, 5, 6]. В связи с трудностями морфологической диагностики МУЗ [3, 4] и частыми рецидивами после оперативного лечения эта патология вызывает все больший интерес у хирургов и необходимость решения вопросов диагностики и хирургической тактики [1, 2, 5, 6]. Целью исследования явилось провести анализ морфологической структуры МУЗ, результатов диагностики, лечения, послеоперационных осложнений, на основании которого

усовершенствовать лечебно-диагностическую тактику при МУЗ, предусматривающую онкологическую настороженность и профилактику рецидива.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов диагностики и лечения 1066 больных МУЗ с 1992 по 2006 годы в возрасте от 18 до 76 лет. Из них женщины составляли 1003 (96%), мужчины – 63 (6%). При комплексном обследовании дополнительно использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ) под контролем УЗИ, исследование гормонов ЩЖ, цветное доплеровское картирование, сканирование ЩЖ при тиреотоксикозе, магнитно-резонансную томографию, интраоперационное цитологическое и послеоперационное гистологическое исследования.

Результаты исследования

От общего числа больных (1939) МУЗ составил 55%, оперированных по поводу различных заболеваний ЩЖ. Прослеживается отчетливая тенденция к росту удельного веса МУЗ в структуре хирургической патологии ЩЖ. В период с 1992 по 1998 годы удельный вес МУЗ составлял 46,9%, в течение 1999-2005 годов он возрос до 59,8%. За равные промежутки времени число больных МУЗ увеличилось с 377 (1992-1998г.) до 594 (1999-2005), т.е. в 1,6 раза.

Морфологическая структура МУЗ была представлена различной патологией, среди которой превалировал коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб. Коллоидный зоб был установлен у 661 (62,0%) больного, сочетанные доброкачественные заболевания ЩЖ (СДЗЩЖ) – 206 (19,32%), АИТ – 76 (7,13%), РЩЖ – 94 (8,82%), аденомы – 29 (2,72%). В структуре СДЗЩЖ наиболее часто наблюдалось сочетание коллоидного зоба и аденом в 76,96% (n=140). Несколько реже отмечалось сочетание коллоидного зоба с очаговым АИТ в 25,24% (52), а также аденом и АИТ –

2,43% (9), коллоидного зоба с аденомами и АИТ – 4,32% (5). Наиболее часто при СДЗЩЖ в 94,15% (145) встречались различные виды фолликулярных аденом из А-клеток.

В течение последних лет в структуре МУЗ произошли определенные изменения. Удельный вес узлового коллоидного зоба уменьшился с 68,53% (1992-1998 г) до 59,18% (1999-2005г.), а также АИТ соответственно – с 11,2% до 5,44%. Одновременно возросла заболеваемость СДЗЩЖ с 14,13% до 23,3% и РЩЖ – с 4,24% до 9,6%. По нашему мнению, эти изменения свидетельствуют о более точном и аргументированном выборе показаний к оперативному лечению МУЗ в течение последних 5 лет.

РЩЖ и сочетание последнего с доброкачественными заболеваниями оказались третьей по численности морфологической группой (94; 8,82%) среди больных МУЗ. Число наблюдений РЩЖ при МУЗ увеличилось в 3,6 раза с 16 (1992-1998 г) до 57 (1999-2005 г.). Согласно классификации по системе TNM, разработанной Комитетом международного противоракового союза (МПРС), и ее нового варианта (2003 г.) I стадия РЩЖ была установлена 41 (43,6%) больному, II – 25 (26,6%), III – 25 (26,6%), IV – 3 (3,2%). Метастазирование наблюдалось у 2 больных в средние и верхние глубокие яремные узлы. Гистологическая структура РЩЖ при многоузловом поражении несколько отличалась от солитарного РЩЖ.

Среди различных гистологических вариантов рака ЩЖ у больных МУЗ преобладал фолликулярный РЩЖ у 48 (51,1%), папиллярный РЩЖ диагностирован у 44 (46,8%), недифференцированный – 2 (2,1%). При солитарных РЩЖ папиллярный рак отмечен у 63 (55,26%), фолликулярный – 42 (36,8%), медулярный – 4 (3,5%), недифференцированный – 5 (4,39%). Таким образом, при РЩЖ «на фоне» МУЗ наиболее распространенным был фолликулярный РЩЖ – в 51,1% случаев по сравнению с солитарным РЩЖ (36,8%). Мультицентричный РЩЖ установлен в 36,17% (34), а солитарный фокус РЩЖ на фоне сочетанной патологии ЩЖ – в 63,83% (60).

Сочетанная доброкачественная патология при РЦЖ была различной. В ее структуре преобладал коллоидный зоб 40,43% (38). Реже наблюдалось сочетание с АИТ – 19,15% (18), коллоидного зоба с аденомами – 2,13% (2), коллоидного зоба с аденомами и АИТ – 2,13% (2).

Ошибки в диагностике РЦЖ при МУЗ были выявлены у 46 (48,9%) больных. У этой группы больных диагноз РЦЖ был установлен только при послеоперационном гистологическом исследовании. В большинстве наблюдений диагностические ошибки были связаны с совокупностью различных причин. Во-первых, с трудностями забора достаточного количества клеточного субстрата при ТАПБ. Это наблюдалось в тех случаях, когда фокус или несколько фокусов РЦЖ находились среди множественных доброкачественных узловых образований. Такая локализация РЦЖ при МУЗ явилась причиной диагностических ошибок у 45 (47,9%) больных. Микрокарциномы РЦЖ при МУЗ, недоступные ТАПБ, оказались у 8 (8,5%) больных. Трудности забора клеточного материала возникли при рецидивном зобе у 7 (7,4%) и токсическом зобе – 5 (5,3%) больных. Во-вторых, возникали объективные сложности в дооперационной цитологической диагностике. Трудности в цитологической дифференциальной диагностике между фолликулярными: аденомой и РЦЖ установлены у 26 (27,7%) больных. У 5 (5,3%) больных были установлены начальные признаки малигнизации, которые можно установить только при плановом гистологическом исследовании. В-третьих, ошибки цитологов в диагностике РЦЖ, связанные с недостаточной квалификацией, отмечены у 4 (4,3%) больных.

Итак, вероятность диагностической ошибки при РЦЖ на фоне МУЗ достаточно велика. Использование усовершенствованной многокальной многофокусной ТАПБ, интраоперационного цитологического исследования улучшило результаты диагностики. При использовании интраоперационного цитологического исследования удалось повысить показатели

чувствительности при РЩЖ до 95,2%, коллоидном зобе – 96,2%, аденомах – 92,6%, а специфичности – 98,4%, 99,2%, 98,6% соответственно. Однако даже совершенствование методов диагностики не позволяет полностью устранить возможность ошибки в верификации РЩЖ.

Тактическим решением проблемы явилась оптимизация лечебно-диагностической тактики. Показаниями к оперативному лечению МУЗ являлись РЩЖ у 94 (8,8%) больных, признаки малигнизации – 105 (9,8%), компрессия органов шеи – 660 (61,9%), тиреотоксикоз – 125 (11,7%), косметический дефект – 82 (7,7%). Учитывая трудности в диагностике РЩЖ, значительную частоту рецидивов после первичных операций по поводу МУЗ, а также прямую связь объема выполненного вмешательства и вероятности развития повторного заболевания мы посчитали необходимым внести некоторые коррективы в лечебно-диагностический алгоритм у больных МУЗ. В настоящее время при МУЗ чаще применяем предельно-субтотальную резекцию ЩЖ или тиреоидэктомию – при двухстороннем и гемитиреоидэктомию – при одностороннем многоузловом поражении.

Большинство операций выполнялось по поводу доброкачественных заболеваний – 972 (91,12%), а при РЩЖ – 94 (8,88%). Причем радикальные операции (тиреоидэктомии, предельно-субтотальной резекции ЩЖ, гемитиреоидэктомии с субтотальной резекцией противоположной доли и/или удалением перешейка) были выполнены 583 (58,3%) больным с доброкачественной патологией. Такого же объема операции были выполнены 83 (88,3%) больным РЩЖ. С учетом онкологической настороженности и профилактики рецидива в течение последних 5 (2002-2006г.) лет применяем более радикальные варианты операций при МУЗ. В результате чего число радикальных вмешательств при доброкачественных заболеваниях возросло с 179 (1997-2001г.) до 264 (2002-2006 г.г.), т.е. 1,5 раза, а при РЩЖ с 19 до 55 операций (в 2,9 раза). В то же время число щадящих операций (субтотальная резекция обеих долей) при доброкачественной пато-

логии обеих долей ЩЖ уменьшилось со 107 до 58 операций, т.е. в 1,8 раза. При поражении одной доли их количество снизилось с 70 до 28 операций то есть в 2,5 раза. Использование более радикальных вариантов оперативного лечения при МУЗ позволило сократить число повторных вмешательств при неverifiedированном до нее РЩЖ с 9 до 1 операции за анализируемый период времени. Выполнение радикальных операций оказалось адекватным объемом у 18 больных, у которых до операции РЩЖ не был установлен. При плановом гистологическом исследовании среди множественных доброкачественных узловых образований был обнаружен РЩЖ.

Однако, несмотря на более обширный характер оперативных вмешательств, число послеоперационных осложнений сократилось в 1,5 раза. Из них число специфических осложнений уменьшилось в 2 раза. Таким образом, выполнение радикальных оперативных вмешательств оказалось наиболее оптимальным вариантом хирургического лечения МУЗ.

Таким образом, МУЗ является сложной для морфологической диагностики патологией ЩЖ. Был verifiedирован РЩЖ «на фоне» МУЗ лишь в 51,1% наблюдений. Снижению числа диагностических ошибок способствует дополнительное использование многофокусной многоканальной ТАПБ и интраоперационного цитологического исследования. Наиболее адекватными с онкологических позиций оперативными вмешательствами при МУЗ, а также позволяющими уменьшить число послеоперационных рецидивов, являются предельно-субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомия при поражении обеих долей и гемитиреоидэктомия – при одностороннем поражении ЩЖ.

SURGICAL TACTICS IN MULTINODULAR GOITER

O.S. Olifirova, V.A. Beloborodov, A.T. Saaja, A.V. Shimotyuk

Krasnoyarsk state medical academy named in honour of V.F. Vojno-
Yasenetskij, Amur state medical academy

Date, concerning main principles of treatment-and-diagnostic measures in patients with multinodular goiter are available in the article. The article is based on the results of complex examination and surgical treatment of 1066 patients with multinodular goiter. These positions are argued by oncological, endocrinological and surgical principles of treatment of this patient category.

Литература

1. Володченко Н.П. К вопросу о причинах, структуре и методах лечения рецидивного зоба // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2004. – №2. – С. 14-16.
2. Воскобойников В.В., Ванушко В.Э., Артемова А.М. и др. Диагностика, тактика и хирургическое лечение больных с многоузловым эутиреоидным зобом // Проблемы эндокринологии. – 2001. – №1. – С. 5-12.
3. Долидзе Д.Д. Особенности дооперационного инструментального обследования больных с заболеваниями щитовидной железы // Анналы хирургии. – 2004. – №6. – С.53-60.
4. Ершова Г.И. Дифференцированный подход к диагностике и лечению много узлового зоба // Анналы хирургии. – 2005. – №4. – С.18-22.
5. Фадеев В.В., Захарова С.М., Паша С.П. Многоузловой эутиреоидный зоб // Клинич. тиреологидология. – 2004. – №2. – С.15-26.
6. Шулуток А.М., Семиков В.И., Иванова Н.А и др. Онкологические аспекты многоузлового зоба // Рос. мед. журн. – 2001. – №6. – С.3-7.