

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

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МНОГОУЗЛОВОГО ЗОБА
В РЕГИОНЕ ПРИРОДНОГО ЙОДДЕФИЦИТА**

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

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.** Проведено изучение результатов обследования и хирургического лечения 1007 больных с многоузловым зобом (МУЗ). Установлено, что МУЗ является распространенной хирургической патологией щитовидной железы и отличается гетерогенностью морфологической структуры. Улучшению его верной диагностики способствует дополнительное использование многофокусной многоканальной тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) и интраоперационного цитологического исследования. Оптимизация лечебно-диагностической тактики с использованием радикальных оперативных вмешательств (предельно-субтотальной резекции ЩЖ, тиреоидэктомии) позволило снизить риск возникновения послеоперационного рецидивного зоба.*

***Ключевые слова:** природный йоддефицит, многоузловой зоб. Сибирь, Дальний Восток.*

В последние годы в зоне природного йододефицита Сибири и Дальнего Востока отмечается увеличение количества больных с разными заболеваниями щи-

тоavidной железы (ЩЖ). В структуре тиреопатий удельный вес многоузлового зоба (МУЗ) достигает 77,9% и продолжает увеличиваться [1, 3, 5, 6, 7, 8, 9].

Многоузловой зоб – это собирательное понятие, которое включает различные по морфологической структуре узловые образования: фолликулярный коллоидный зоб, аденомы и рак ЩЖ (РЩЖ), гипертрофическую форму аутоиммунного тиреоидита (АИТ), а также некоторые варианты сочетания разных заболеваний ЩЖ [3, 6, 8]. Из-за гетерогенности поражения при МУЗ возникают объективные трудности в дифференциальной диагностике, и отмечается снижение чувствительности основных диагностических методов по сравнению таковыми показателями при солитарных образованиях ЩЖ [4, 6].

До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о показаниях к хирургическому лечению, хирургической тактике, объеме оперативного вмешательства при различных морфологических формах МУЗ [1, 3, 8, 9]. В связи с увеличением числа операций на ЩЖ отмечается рост рецидивного зоба [2, 3, 9]. Установлено, что в 15-71,4% рецидивы зоба чаще возникают после хирургического лечения МУЗ [3, 8]. Поэтому совершенствование методов диагностики и хирургической тактики с учетом онкологической настороженности и профилактики рецидива заболевания продолжают оставаться актуальными.

Учитывая вышеописанное, сформулирована цель исследования: оценить распространенность и особенности гистоструктуры МУЗ в условиях природного йододефицита Сибири и Дальнего Востока, и эффективности дифференциальной диагностики и лечения этой патологии.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 1007 больных с МУЗ, что составило 54,1% от всех с хирургической патологией ЩЖ. Возрастной диапазон больных составил от 20 до 75 лет. Из них было женщин 947 (94%), мужчин – 60 (6,%). Эутиреоз диагностирован у 869 (86,3%) больных, тиреотоксикоз различной степени тяжести – у 100 (9,9%), гипотиреоз – у

38 (3,8%). Длительность анамнестического периода по зубу до 1 года была установлена у 214 (21,3%) больных, от 1 до 3 лет – у 368 (36,5%), 3-5 – 226 (22,4%) и более 5 – 199 (19,8%). Увеличения ЩЖ I степень (классификация ВОЗ, 1994) диагностирована у 104 (10,3%) и II степень – у 903 (89,7%) больных. При обследовании дополнительно использованы УЗИ ЩЖ, цветное доплеровское картирование, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) под контролем УЗИ, исследование гормонов ЩЖ, сканирование ЩЖ при тиреотоксикозе, магнитно-резонансная томография, интраоперационное цитологическое и послеоперационное гистологическое исследования.

Результаты и обсуждение

При анализе данных оказания хирургической помощи больным с разными заболеваниями ЩЖ в разные периоды работы установлена тенденция к увеличению удельного веса МУЗ. В период 1992-1998 гг. удельный вес больных МУЗ составлял 38,8% (375), а за 1999-2005 гг. этот показатель увеличился до 61,3% (591) от общего количества больных с различными заболеваниями ЩЖ. Следовательно, рост числа указанной группы больных составил в 1,6 раза.

В структуре МУЗ выявляются различные варианты морфологических изменений в ЩЖ. Наиболее распространенным заболеванием оказался многоузловой коллоидный в разной степени пролиферирующий зуб (614; 61,0%). Различные сочетанные доброкачественные заболевания ЩЖ (173) встречались несколько реже (17,2%). Из этой группы больных чаще обнаружено сочетание коллоидного зоба и аденоматоза (134; 77,5%). Сочетание коллоидного зоба и АИТ имело место в 16,8% (29) случаев, аденом и АИТ – в 3,5% (6). Еще реже регистрировалось одновременное сочетание трех разных морфологических форм: коллоидный зуб, аденомы и АИТ (4; 2,2%). Третьей по частоте патологией в структуре МУЗ явился АИТ гипертрофической формы (103; 10,2%), при котором, как известно, могут формироваться псевдоузлы в тиреоидной паренхиме. Рак щитовидной железы (РЩЖ) выявлен у 80 (7,9%) больных. Среди

этих наблюдений в 43,8% случаев установлен мультицентричный характер злокачественного поражения ЩЖ, а различные варианты сочетания РЩЖ и доброкачественных заболеваний диагностированы в 56,25% наблюдений РЩЖ. В структуре сочетанной патологии преобладал РЩЖ «на фоне» многоузлового коллоидного зоба в (29; 64,4%), несколько реже – РЩЖ «на фоне» АИТ (14; 31,1%). Наиболее редкими гистологическими вариантами МУЗ являлись аденоматоз (24; 2,4%) и поликистоз ЩЖ (13; 1,3%).

Характер поражения анатомических отделов ЩЖ при МУЗ был различным. Наиболее часто (818; 81,2%) узловые образования локализовались в обеих долях ЩЖ. Причем в 55,3% (452) случаев обе доли были представлены множеством «разнокалиберных» узловых образований. В 44,7% (366) наблюдений количество узлов в обеих долях не превышало 2-4. Многоузловое поражение одной доли ЩЖ было реже (188; 18,7%) и в половине этих наблюдений выявлено более 4 узловых образований. Изолированное многоузловое поражение перешейка было обнаружено только у одного больного.

Некоторый интерес представляет локализация узловых образований при РЩЖ (80). Чаще (45; 56,3%) он был однофокусным. Мультицентричные формы отмечены у 35 (43,7%) больных. Из всех больных РЩЖ у 45 (56,3%) злокачественная опухоль была установлена «на фоне» множественных доброкачественных узлов в той же (31) или противоположной доле (14). При наличии таких особенностей локализации злокачественных очагов не всегда было возможно своевременно распознать заболевание, что приводило к диагностическим ошибкам на дооперационном этапе.

Даже при комплексном обследовании больного, включающем ТАПБ под контролем УЗИ, не всегда удается установить верный диагноз, что во многом обусловлено гетерогенностью гистоструктуры ЩЖ при МУЗ. С целью повышения эффективности дооперационной цитологической верификации МУЗ для обеспечения забора большего количества «клеточного материала» ТАПБ вы-

полняли с использованием многоканальной методики. Вариант применяемой методики ТАПБ избирали в зависимости от локализации и количества узловых образований. Однофокусную многоканальную ТАПБ выполняли при расположении множества узлов в одной доле ЩЖ. Многофокусную многоканальную ТАПБ применяли при поражении обеих долей ЩЖ. Применение такого подхода при ТАПБ позволило улучшить показатели чувствительности цитологического метода при РЩЖ с 83,5% до 88,1%, коллоидном зобе – с 86,3% до 88,7%, аденомах – с 83,1% до 85,2% по сравнению с однофокусной ТАПБ. Показатели специфичности при РЩЖ существенно не изменились и составили соответственно 97,8% и 97,7%. Повышение специфичности метода отмечено при коллоидном зобе с 90,2% до 94,9% и при аденомах – с 94,5% до 94,9%.

В целях повышения эффективности морфологической диагностики применяли интраоперационное цитологическое исследование, что позволило повысить чувствительность метода при РЩЖ до 95,2%, коллоидном зобе - 96,2%, аденомах – 92,6%, а специфичности – соответственно 98,4%, 99,2%, 98,6%. Диагностические ошибки при МУЗ были обусловлены разными причинами: нереальностью цитологической дифференциации фолликулярного РЩЖ и фолликулярной аденомы ЩЖ; техническими ограничениями методики при пункции узловых образований в труднодоступных местах или микрокарцином; получением нерепрезентативного материала из кистозных образований; малоопытностью хирурга, выполняющего ТАПБ, и цитолога; несовершенством используемой аппаратуры и реактивов; отсутствием цитологических маркеров РЩЖ. Заключительным этапом диагностики являлось послеоперационное гистологическое исследование серийных срезов, чем уточняли гистоструктуру узловых образований.

Показанием к оперативному лечению МУЗ считали рост узловых образований с компрессией органов шеи, признаки малигнизации, РЩЖ, многоузловой токсический зоб. При оперативном лечении проводили субтотальную и пре-

дельно-субтотальную резекцию ЩЖ у 505 (50,1%) больных, резекцию обеих долей ЩЖ – у 242 (24,0%), резекцию одной доли ЩЖ – у 136 (13,5%), тиреоидэктомию – у 79 (7,9%), гемитиреоидэктомию – у 38 (3,8%), удаление перешейка – у одного (0,1%). Шести (0,6%) больным были выполнены повторные вмешательства в связи с неадекватностью первичной операции при ранее недиагностированном РЩЖ. Учитывая значительную частоту рецидивов от 15% до 71,4% [1, 5] после первичных операций по поводу МУЗ, а также прямую связь объема выполненного вмешательства и вероятности развития повторного заболевания мы внесли 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. Если в предыдущее десятилетие (1992-2001) эти операции составляли 52,3% от общего числа вмешательств при МУЗ, то в период 2002-2006 гг. их число увеличилось до 77,9%. Оптимизация лечебно-диагностической тактики способствовала сокращению числа послеоперационного рецидивного зоба с 10,5% до 4,3%.

Таким образом, в регионе природного йододефицита МУЗ является распространенным хирургическим заболеванием ЩЖ и отличается гетерогенностью морфологической структуры. Наиболее частыми формами МУЗ являются узловой коллоидный зоб (61%), некоторые сочетания доброкачественных заболеваний ЩЖ (17,2%), АИТ (10,2%), РЩЖ (7,9%). Улучшению диагностики характера тиреоидной патологии при МУЗ способствует дополнительное использование многофокусной многоканальной ТАПБ и интраоперационного цитологического исследования. Наиболее оптимальными вариантами оперативных вмешательств при МУЗ, позволяющими уменьшить число послеоперационных рецидивов, являются предельно-субтотальная резекция ЩЖ и тиреоидэктомия при поражении обеих долей и гемитиреоидэктомия – при одностороннем поражении ЩЖ.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF MULTINODULAR GOITER IN THE REGION WITH IODINE DEFICIENCY

V.A. Beloborodov, O.S. Olifirova, A.A. Kostanoshvili, A.V. Shimotuk, A.T.

Saaja

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

The results of examination and surgical treatment of 1007 patients with multinodular goiter were investigated. It was established, that multinodular goiter is widespread surgical pathology of thyroid gland and differed by heterogeneity of morphological structure. Additional use of multi-focused, multi-channel fine-needle biopsy and intraoperative cytological research improve diagnostics. Optimization of treatment-and-diagnostic tactics with the use of radical operative intervention (limit subtotal thyroid resection, thyroidectomy) allowed decrease risk of postoperative recurrent goiter.

Литература

1. Володченко Н.П. К вопросу о причинах, структуре и методах лечения рецидивного зоба // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2004. – №2. – С. 14-16.
2. Володченко Н.П., Бородина В.А., Бойко Е.А. и др. Динамика структуры и хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы в Амурском регионе // Акт. пробл. эндокринологии: мат. межрегион. науч.-практ. конф. – Благовещенск, 2005. – С. 112-115.
3. 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.
4. Долидзе Д.Д. Особенности дооперационного инструментального обследования больных с заболеваниями щитовидной железы // Анн. хирургии. – 2004. – №6. – С.53-60.

5. Дрюцкая С.М. Медико-экологическая оценка йодной недостаточности на территории Хабаровского края в условиях природного йоддефицита // Дальневост. мед. журн. – 2003. – №4. – С.58 - 62.
6. Ершова Г.И. Дифференцированный подход к диагностике и лечению много узлового зоба // Анналы хирургии. – 2005. – №4. –С. 18-22.
7. Захаренко Р.В., Сиротин Б.З. К истории изучения зобной болезни на Дальнем Востоке // Пробл. эндокринологии. – 2004. – №2. – С.54-55.
8. Фадеев В.В., Захарова С.М., Паша С.П. Многоузловой эутиреоидный зоб // Клинич. тиреоидология. – 2004. – №2. – С. 15-26.
9. Шулутко А.М., Семиков В.И., Иванова Н.А и др. Онкологические аспекты многоузлового зоба // Рос. мед. журн. – 2001. – №6. – С. 3-7.