

© А.Ф. Романчишен, П.Н. Яковлев, 2011
УДК 616.441-006.5-026.86:611.018

А.Ф. Романчишен, П.Н. Яковлев

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А.Ф. Романчишен) «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрав»

Ключевые слова: токсический зоб, клиничко-морфологические сопоставления.

Введение. Клинические проявления тиреотоксикоза могут наблюдаться при различных морфологических изменениях в щитовидной железе (ЩЖ). Морфологическим субстратом, определяющим гипертиреоз, может служить диффузная гиперплазия тиреоидной ткани, а также единичные или множественные аденомы ЩЖ [1, 3].

Нередко клинические представления о морфологической форме зоба у больных с тиреотоксикозом не совпадают с данными макро- и микроскопических исследований удаленных препаратов. Специальные методы исследования ЩЖ далеко не всегда вносят ясность в этот вопрос. Между тем выбор объема хирургического вмешательства у больных с тиреотоксикозом в значительной степени определяется характером морфологических изменений ЩЖ [6]. Ошибочная трактовка клиничко-морфологических данных может стать причиной рецидива заболевания и послеоперационных осложнений.

Материал и методы. В работе представлены результаты сопоставления клинических и морфологических данных, полученных при хирургическом лечении 743 больных, оперированных в клинических базах Санкт-Петербургского центра хирургии органов эндокринной системы в период с 2005 по 2010 г.

Клинически в 373 (50,2%) наблюдениях диагностирован диффузный токсический зоб (ДТЗ), в 88 (11,8%) — диффузный токсический зоб с узлом, в 130 (17,5%) — полинодозный токсический зоб (ПТЗ). Токсическая аденома (ТА) являлась причиной тиреотоксикоза у 152 (20,5%) больных. При морфологическом исследовании микроскопическая картина диффузного коллоидного зоба с гистологическими признаками гиперфункции эпителия ЩЖ (соответствующая ДТЗ) была выявлена в 343 (46,2%) наблюдениях. Диффузный коллоидный зоб с узлами (соответствующий ДТЗ с узлом)

диагностирован при морфологическом исследовании у 96 (12,9%) больных с тиреотоксикозом. Многоузловой коллоидный зоб (соответствующий ПТЗ) и макрофолликулярная аденома ЩЖ с гистологическими признаками функциональной активности (соответствующая ТА) были обнаружены при исследовании у 138 (18,6%) и 148 (19,9%) пациентов соответственно.

Результаты и обсуждение. У ряда больных отмечено несовпадение клинического и морфологического представления о характере изменений в ЩЖ. В частности, из 373 больных с клиническим диагнозом ДТЗ диффузный коллоидный зоб был обнаружен лишь в 338 (90,6%) наблюдениях. В 35 (9,4%) наблюдениях отмечено несоответствие клинического диагноза и морфологического заключения: у 16 (4,3%) больных обнаружены узлы на фоне ДТЗ, у 10 (2,7%) — полинодозный коллоидный зоб, в 9 (2,4%) наблюдениях диагностирован хронический аутоиммунный тиреоидит (табл. 1).

Обращал на себя внимание молодой возраст ($34,2 \pm 0,6$) года больных с ДТЗ с морфологической картиной диффузного коллоидного зоба. Длительность заболевания колебалась от 3 мес до 23 лет, составляя в среднем ($2,7 \pm 0,7$) года.

Микроскопические изменения при диффузном коллоидном зобе заключались в пролиферации эпителия с различной степенью накопления коллоида, дегенеративно-некротических изменениях, склерозировании и лимфоидной инфильтрации стромы. Эти изменения распределялись в ЩЖ, отличаясь по степени выраженности в различных ее отделах. Никаких морфологических особенностей, связанных с длительностью заболевания и тяжестью тиреотоксикоза, обнаружено не было.

В группе из 88 пациентов с клиническими признаками образования узлов на фоне ДТЗ морфологическое подтверждение диагноза было отмечено у 72 (81,8%) обследованных. У 16

Таблица 1

Сопоставление клинических и морфологических заключений у больных с токсическим зобом

Клинические формы	Морфологическое заключение					Итого
	Диффузный коллоидный зоб	Диффузный коллоидный зоб с узлом	Полинодозный коллоидный зоб	Узловой зоб	Аутоиммунный тиреоидит	
Диффузный токсический зоб	338 (90,6%)	16 (4,3%)	10 (2,7%)	—	9 (2,4%)	373
Диффузный токсический зоб с узлом	4 (4,5%)	72 (81,8%)	10 (11,4%)	—	2 (2,3%)	88
Полинодозный токсический зоб	1 (0,7%)	7 (5,4%)	111 (85,4%)	6 (4,6%)	5 (3,8%)	130
Токсическая аденома	—	1 (0,6%)	7 (4,6%)	142 (93,4%)	2 (1,3%)	152
Всего	343 (46,2%)	96 (12,9%)	138 (18,6%)	148 (19,9%)	18 (2,4%)	743

(18,2%) больных имело место несовпадение клинического и морфологического диагноза: в 4 (4,5%) наблюдениях выявлен диффузный коллоидный зоб без признаков узлообразования, в 10 (11,4%) — многоузловой коллоидный зоб. У 2 (2,3%) пациентов диагностирована псевдоузловая форма аутоиммунного тиреоидита. Средний возраст больных с узловыми новообразованиями на фоне ДТЗ составлял ($53,1 \pm 0,8$) года и достоверно превышал возраст больных с ДТЗ без узлов [$(34 \pm 0,6)$ года; $p < 0,005$]. Морфологически на фоне диффузной гиперплазии тиреоидной ткани были отмечены узловые новообразования различного строения и размеров. Диаметр узлов, как правило, не превышал 1,5–2,0 см. В большинстве случаев узлы имели выраженную капсулу и упорядоченную цитоархитектонику, что позволяло отнести их к оформленным аденомам. В зависимости от типа пролиферации возникали узлы различного строения: фолликулярные, микрофолликулярные, папиллярные. Необходимо отметить, что из 88 пациентов с узловыми новообразованиями на фоне ДТЗ последние оказались карциномой в 7 (7,9%) наблюдениях. Все карциномы по гистологическим признакам были отнесены в группу дифференцированных форм рака ЩЖ: в 5 наблюдениях диагностирован фолликулярный и в 2 — папиллярный раки стадии T1–T2. Суммарная вероятность обнаружения карциномы на фоне диффузного коллоидного зоба составляла 1,5%.

В группе из 130 больных с ПТЗ морфологическая картина многоузлового коллоидного зоба, подтверждающая клинический диагноз, была отмечена в 111 (85,4%) наблюдениях. В 7 (5,4%) случаях выявлен диффузный коллоидный зоб с узлами, в 6 (4,6%) — солитарная макрофолликулярная аденома, в 5 (3,8%) — аутоиммунный тиреоидит. У 1 больного при морфологическом исследовании выявлен диффузный коллоидный зоб. Средний возраст [$(67,7 \pm 0,8)$ года] пациентов этой группы превышал средний возраст двух предыдущих групп. Наличие зоба в анамнезе до

появления тиреотоксикоза, большой средний возраст и различная функциональная активность узлов в одной ЩЖ позволили предположить, что часть узловых новообразований не имели отношения к тиреотоксикозу. Об этом же свидетельствовали данные морфологического исследования: узлы имели различную величину, микроскопическое строение и признаки функциональной активности. Из 111 пациентов с подтвержденным диагнозом ПТЗ малый рак ЩЖ при гистологическом исследовании был обнаружен в 4 (3,6%) наблюдениях.

Сопоставление сканограмм с морфологической картиной изменений ЩЖ оказалось малоинформативным, так как нередко нормальная тиреоидная ткань окружала коллоидные узлы или аденомы, и они расценивались как функционирующие, хотя при гистологическом исследовании признаков их функциональной активности найдено не было. Среди больных с многоузловым коллоидным зобом нередко встречались пациенты, ЩЖ которых состояла из узлов размером 0,5–2,0 см, а неизменная тиреоидная ткань практически отсутствовала. Характер морфологических изменений ЩЖ принуждал хирурга выполнять тиреоидэктомию или оставлять пациенту заведомо неполноценную тиреоидную ткань. В первом случае больной становился пожизненно гормонозависимым, что очень нежелательно для лиц пожилого и старческого возраста. Именно у больных с ПТЗ старше 70 лет чаще наблюдалась тотальная узловатая трансформация ЩЖ. Вместе с тем, в случае формирования тиреоидного остатка из неполноценной тиреоидной ткани возрастал риск скорого рецидива заболевания.

Наименьшее число расхождений клинического и морфологического диагнозов отмечалось у больных с ТА: из 152 клинических наблюдений совпадение диагноза и гистологического заключения отмечено у 142 (93,4%) больных. Одной из причин диагностических ошибок являлась неправильная трактовка сканограмм. Так, у больного с диффузным коллоидным зобом более высокий

Таблица 2

Сопоставление результатов ТАБ и данных морфологического исследования у больных с узловыми новообразованиями на фоне ДТЗ

Данные гистологического исследования	Цитологическое заключение							Итого
	Коллоидный узел	Фолликулярная неоплазия	Коллоидный зоб с портклеточной атипией	Папиллярная карцинома	Аутоиммунный тиреоидит	Недифференцируемая опухоль	Неинформативный пунктат	
Диффузный коллоидный зоб с узлом	9 (10,2%)	40 (45,4%)	6 (6,8%)	2 (2,3%)	2 (2,3%)	3 (3,4%)	10 (11,4%)	72 (81,8%)
Диффузный коллоидный зоб	1 (1,14%)	-	1	-	1	-	1	4 (4,5%)
Аутоиммунный тиреоидит	-	-	-	-	1	1	-	2 (2,3%)
Многоузловой коллоидный зоб	8 (9,1%)	1	-	-	-	-	1	10 (12,7%)
Всего	18 (20,5%)	41 (46,6%)	7 (7,9%)	2 (2,3%)	4 (4,5%)	4 (4,5%)	12 (13,6%)	88 (100%)

уровень накопления изотопа в правой доле ЩЖ, обусловленный большей ее массой и функциональной активностью, был клинически расценен как ТА. У 7 (4,6%) пациентов с многоузловым коллоидным зобом сочетание гиперфункционирующих узлов в одной доле ЩЖ и нефункционирующих узлов в другой также трактовалась как ТА. В 2 (1,3%) наблюдениях подобная ошибка имела место у больных с аномалией развития в виде единственной доли ЩЖ.

Некоторые коррективы в дооперационную диагностику токсических форм зоба вносила сонография ЩЖ. Однако достоверность исследования снижалась при выраженной диффузной гиперплазии и полнокровии тиреоидной ткани, характерной для больных с ДТЗ. Дольчатость строения ЩЖ при ДТЗ нередко принималась за узлы и аденомы; при шейно-загрудинной локализации ЩЖ достоверной оказывалась лишь информация о тиреоидной ткани, расположенной на шее; регистрировался лишь клинический факт наличия узла в диффузно-гиперплазированной ЩЖ, но его морфологическая структура оставалась неизвестной.

Значение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) в диагностике токсического зоба представляется несколько преувеличенным. При ДТЗ ткань ЩЖ гиперплазирована и полнокровна, что существенно снижало диагностическую ценность исследования. В 35 (30,7%) из 114 пункций не удалось получить информативный материал, так как при пункции гиперплазированной и богато васкуляризированной тиреоидной ткани в аспират попадало значительное количество форменных элементов крови, что затрудняло интерпретацию цитологических препаратов.

Пунктаты ЩЖ у больных с ДТЗ характеризовались значительной примесью периферической крови и были представлены большим количеством скоплений тиреоцитов с признаками пролиферации. Коллоид в пунктате, как правило, отсутствовал. Отмечалось преобладание эпителиального компонента над лимфоидным. Пунктаты ЩЖ у больных с ПТЗ имели низкую диагностическую ценность, так как несли информацию о цитологической структуре лишь одного из множества узловых новообразований ЩЖ.

Наиболее часто показания к проведению ТАБ у больных с токсическим зобом возникали при сочетании диффузного коллоидного зоба и узлов ЩЖ. Результат сопоставления морфологического и цитологического диагнозов у 88 больных с ДТЗ с узлом представлен в табл. 2.

Из представленных в таблице данных следует, что совпадение морфологических данных (диффузный коллоидный зоб с узлом) и цитологического заключения (узлы коллоидного, фолликулярного или папиллярного строения, недифференцируемые узлы) отмечались в 54 (75%) из 72 наблюдений. Основной причиной гиподиагностики узлов на фоне ДТЗ являлась неинформативность пунктата, имевшая место в 10 (13,8%) случаях. Наличие нескольких узловых новообразований в диффузно-гиперплазированной тиреоидной ткани также снижало диагностическую ценность пункционной биопсии ЩЖ.

Таким образом, нередко реальная возможность верификации характера морфологических изменений в ЩЖ появлялась лишь в ходе хирургического вмешательства. При этом следует подчеркнуть преимущества резекции ЩЖ по способу P.DunhiII и Е.С.Драчинской [2, 4, 5], в ходе которой проводилась мобилизация и ревизия обеих долей органа. Данное обстоятельство имело особенно важное значение, так как узловатая трансформация тиреоидной ткани часто наблюдалась в задних, ретротрахеальных отделах ЩЖ.

Выводы. 1. При токсическом зобе нередко имело место несовпадение между клиническими и морфологическими представлениями о причине гипертиреоза или характере патологических изменений ЩЖ.

2. Данные несовпадения обусловлены узловой трансформацией тиреоидной ткани, нарастающей по мере увеличения возраста больных, а также неправильной трактовкой специальных методов исследования или ограничением их диагностических возможностей.

3. Ошибки клинического этапа диагностики могут и должны быть разрешены в ходе интраоперационной мобилизации и ревизии ЩЖ, лучшие условия для которых создаются при соблюдении методики хирургического вмешательства по поводу ДТЗ, предложенной Р.Дунхилл и Е.С.Драчинской.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бомаш Н.Ю. Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. — М.: Медицина, 1981. — С. 48–54.
2. Драчинская Е.С. К технике субтотальной струмэктомии у больных базедовой болезнью // Вестн. хир. — 1948. — № 5. — С. 18–24.
3. Хмельницкий О.К. Гистологическая диагностика неопухолевых заболеваний щитовидной железы. — СПб., 2000. — С. 20–28.
4. Dunhill T.P. Surgical treatment of exophthalmic goiter // Aust. Med. Congress. 8th session. — Melbourne, 1908. — Vol. 1. — P. 365–372.
5. Sialberg P., Svensson A., Hessman O. Surgical treatment of Graves' disease: evidence based approach // World J. Surg. — 2008. — Vol. 32. — P. 1269–1277.
6. Zeitlin A.A., Simmonds M.J., Gough S.C. Genetic developments in autoimmune thyroid disease: an evolutionary process // Clin. Endocrinol. (Oxf.). — 2008. — Vol. 68, № 5. — P. 678–682.

Поступила в редакцию 03.02.2011 г.

A.F.Romanchishen, P.N.Yakovlev

CLINICO-MORPHOLOGICAL COMPARISONS IN PATIENTS WITH TOXIC GOITER

The article presents a comparison and analysis of clinical and morphological data obtained in surgical treatment of 743 thyrotoxicosis patients operated in clinical bases of the Saint Petersburg Center of surgery of organs of the endocrine system at the period from 2005 through 2010. Causes of disagreement of the clinical diagnosis and morphological conclusion in patients with different diseases of the thyroid gland resulting in thyrotoxicosis are considered. Great clinical material (743 observations) was used by the authors to demonstrate the diagnostic value of special methods of investigation of the thyroid gland in patients with the toxic goiter. Advantages of subtotal resection of the thyroid gland by the P.Dunhill—E.S.Drachinsky method are stressed for surgical treatment of patients with nodular transformation of the thyroid tissue against the background of diffuse toxic goiter.