

С.М. Санжимитыпов<sup>2</sup>, В.П. Саганов<sup>1</sup>, В.Е. Хитрихеев<sup>1</sup>, Е.Н. Цыбиков<sup>3</sup>, Б.С. Хабинов<sup>2</sup>

## ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

<sup>1</sup> Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

<sup>2</sup> Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

<sup>3</sup> Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)

*Представлены результаты обследования и лечения пациентов, оперированных по поводу очаговых образований щитовидной железы.*

**Ключевые слова:** щитовидная железа, оперативное лечение

## TREATMENT OF FOCAL MASSES OF THYROID GLAND

S.M. Sanzhimitipov<sup>2</sup>, V.P. Saganov<sup>1</sup>, V.E. Khitrikheyev<sup>1</sup>, E.N. Tsibikov<sup>3</sup>, B.S. Khabinov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Buryat state university, Ulan-Ude

<sup>2</sup> N.A. Semashko Republican clinical hospital, Ulan-Ude

<sup>3</sup> Buryat branch of SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude

*The results of the examination and treatment of patients operated on account of focal masses in thyroid gland.*

**Key words:** thyroid gland, surgical treatment

В последнее десятилетие значительно увеличилась частота заболеваний щитовидной железы [1, 4, 9, 10]. При этом у значительной части пациентов при пальпации в ней выявляются узловые образования. Широкое внедрение в клиническую практику современных ультразвуковых диагностических методов исследования позволило обнаруживать в щитовидной железе и непальпируемые образования [2, 3, 6, 8]. В результате частота выявления узловых образований у «здоровых» пациентов достигла 10–40 %. Ухудшение экологической обстановки привело к заметному росту частоты рака щитовидной железы. При этом злокачественную трансформацию обнаруживают в среднем у 8–10 % больных, перенесших операцию на щитовидной железе [5, 7, 11].

Для диагностики узловых образований в щитовидной железе и определения их природы использовали ультразвуковое исследование и тонкоигольную аспирационную биопсию с цитологическим исследованием пунктата. Радионуклидную скintiграфию использовали для выявления рецидивов или поиска функционирующих метастазов высокодифференцированного рака щитовидной железы. О функциональном состоянии щитовидной железы судили по уровню общего и свободного трийодтиронина и тироксина, а также тиреотропного гормона. Иммунологическое исследование включало определение титра аутоантител к ткани щитовидной железы — тиреоглобулину и микросомальной фракции.

Проанализированы результаты обследования и лечения 542 пациентов, оперированных по поводу очаговых образований щитовидной железы. В подавляющем большинстве случаев узлы были множественными. Загрудинное расположение зоба выявлено у 24 пациентов, а компрессия близ-

лежащих органов отмечена в 29 наблюдениях. По поводу рецидива заболевания оперирован 41 пациент. Среди пациентов было 463 женщины и 79 мужчин в возрасте от 16 до 85 лет.

К группе риска относили: быстрый рост узла; плотную консистенцию, неровность и несмещаемость узла; парез голосовой связки на стороне узла; нечеткие контуры узла, пониженную его экзогенность с наличием гиперэхогенных включений; шейную лимфаденопатию; отсутствие эффекта от лечения L-тироксином; возраст пациентов моложе 25 лет; облучение головы или шеи в анамнезе; рак щитовидной железы у родственников сдавление окружающих органов; загрудинный зоб; невозможность постоянного наблюдения; активное желание пациента удалить узлы.

Объемы оперативного вмешательства при очаговых образованиях щитовидной железы представлены в таблице 1.

После операции по поводу высокодифференцированных опухолей назначали супрессивное лечение тиреоидными препаратами, поскольку прогрессирование этих карцином зависит от уровня тиреотропного гормона.

К повторной операции после получения окончательного гистологического заключения пришлось прибегнуть всего лишь в 10 % случаев. Благодаря этому удалось снизить риск таких возможных осложнений, как повреждение гортанных нервов и удаление паращитовидных желез, частота которых при выполнении повторных операций возрастает в 5–7 раз.

Таким образом, оценивая в целом непосредственные результаты хирургического лечения узловых образований щитовидной железы, следует отметить, что послеоперационных летальных исхо-

**Таблица 1**  
**Объем хирургического вмешательства при очаговых образованиях щитовидной железы**

Операция	Количество	
	Абс.	%
Резекция одной доли	48	8,9
Резекция обеих долей	102	18,8
Гемитиреоидэктомия с перешейком	194	35,8
Гемитиреоидэктомия с резекцией контрлатеральной доли	107	19,7
Тиреоидэктомия	91	16,8
<b>Всего</b>	<b>542</b>	<b>100</b>

дов не было ни в одном случае. Одностороннее поражение возвратных гортанных нервов отмечено в 1,5 % наблюдений (обычно при рецидивном зобе), а явления умеренно выраженного гипопаратиреоза развились у 1,8 % пациентов. Следует отметить, что у 68,1 % пациентов раком щитовидной железы величина узла составляла 3–4 см, а узлы меньшего размера встречались лишь в 7,3 % наблюдений карциномы.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Анциферов М.Б. Организация помощи больным с заболеваниями щитовидной железы в г. Москве / М.Б. Анциферов, Н.Ф. Плавунин, В.В. Степанова // В кн. : Лечение и профилактика эутиреоидного зоба. – М., 1997. – С. 3–7.

2. Возможности предоперационной морфологической верификации при узловых эутиреоидных

образованиях щитовидной железы / П.С. Ветшев [и др.] // Хирургия. – 1998. – № 2. – С. 4–8.

3. Кононенко С.Н. Ранняя диагностика и дифференцированное лечение рака щитовидной железы / С.Н. Кононенко // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 38–41.

4. Кузнецов Н.С. Оптимальный диагностический комплекс в выборе объема хирургического вмешательства при узловых эутиреоидных образованиях щитовидной железы / Н.С. Кузнецов // В кн. : Лечение и профилактика эутиреоидного зоба. – М., 1997. – С. 32–39.

5. Лукомский Г.И. Клинико-морфологическая характеристика и особенности течения дифференцированных форм рака щитовидной железы / Г.И. Лукомский, А.М. Шулутко, В.И. Семиков // Хирургия. – 1999. – № 7. – С. 4–8.

6. Решетников Е.А. Диагностика и лечение рака щитовидной железы / Е.А. Решетников, С.В. Гаранин // Клинический вестник. – 1997. – № 3. – С. 21–23.

7. Merrel R. Thyroid Cancer / R. Merrel. – Vale University School of Medicine, 1996.

8. Occult papillary carcinoma of the thyroid / Y.P. Hubert [et al.] // Arh. Surg. – 1990. – P. 115–394.

9. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases observed in a 50-year period / I.D. Hay [et al.] // Surgery. – 1992. – P. 112–139.

10. Sanders L.E. Occult well differentiated thyroid presenting as cervical node disease / L.E. Sanders, R.L. Rossi // World. J. Surg. – 1995. – P. 19–642.

11. UICC TNM Classification of malignant tumors / Eds L.H. Sobin, Ch. Wittekind. – Wiley-Liss, Inc., 1997. – 5<sup>th</sup> ed.

**Сведения об авторах**

**Санжимыпов Сергей Михайлович** – заведующий эндохирургическим РКБ им. Семашко (670031, Улан-Удэ, ул. Павлова, 12)

**Саганов Владислав Павлович** – к.м.н., врач-хирург Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670031, Улан-Удэ, ул. Павлова, 12)

**Хитрихеев Владимир Евгеньевич** – зав. кафедрой госпитальной хирургии Бурятского государственного университета, д.м.н. (670002, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел.: 8 (3012) 55-62-43)

**Цыбиков Еши Нянюевич** – д.м.н., РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел. 8 (3012) 23-34-24, директор Бурятского филиала НЦ РВХ СО РАМН

**Хабинов Б.С.** – Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (670031, Улан-Удэ, ул. Павлова, 12)