

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА УЗЛОВОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ РАЗНОГО ПОЛА И ВОЗРАСТА

В работе представлены результаты анализа морфологической структуры узловых эутиреоидных образований щитовидной железы в зависимости от пола и возраста, установлено преобладание доброкачественных опухолей (аденом) над узловым коллоидным пролиферирующим зобом у лиц мужского пола.

За последние десятилетия заболевания щитовидной железы (ЩЖ), опередив сахарный диабет, стали самой распространенной эндокринопатией. Около 40% пациентов обращаются в специализированные эндокринологические учреждения по поводу заболеваний щитовидной железы, в структуре которых лидирующее место занимают узловые поражения тиреоидной ткани [1, 3, 4].

Распространенность узловых поражений ЩЖ в популяции по оценкам различных исследователей составляет от 3 до 10%. Широкое внедрение ультразвукового исследования (УЗИ) в клиническую практику, равно как и результаты аутопсийных исследований, показали, что распространенность узловых поражений ЩЖ значительно выше и составляет около 50%, особенно в возрасте старше 50 лет. У женщин узлы ЩЖ выявляются в 2 – 4 раза чаще, чем у мужчин. Дети страдают узловыми поражениями крайне редко. По данным разных авторов [2, 5, 6, 7] среди узловых образований ведущее место (до 65%) занимает узловой и многоузловой эутиреоидный коллоидный зоб, на долю аденом приходится 15-30%, а распространенность рака щитовидной железы (РЩЖ) среди узлового зоба составляет от 1 до 6%.

Следует заметить, что распространенность в популяции узлового зоба столь высока как в регионах йодного дефицита, так и при нормальном йодном обеспечении, но в первом случае она несколько выше.

Целью данного исследования является анализ морфологической структуры узлового эутиреоидного зоба у лиц различного пола и возраста.

Материалы и методы

В исследование включены 582 случая узлового доброкачественного эутиреоидного зоба, по поводу которого были выполнены

различные операции на ЩЖ.

Из 582 случаев 425 описаны для женщин, одиночный узел при эутиреоидном зобе наблюдался у 306 больных, а многоузловой эутиреоидный зоб у 276 больных.

Из 582 больных у 408 узлового образования в ЩЖ определялось при пальпации, а у остальных 174 выявилось только при УЗИ. 396 больным была выполнена ТПБ, а 186 интраоперационное цитогистологическое исследование узлового образования.

Эутиреоидное состояние у всех больных было установлено путем исследования ТТГ, свободных Т4 и Т3 сыворотки крови с использованием коммерческих наборов фирмы «Амеркарт» (Великобритания) методом усиленной люминесцентной системы «AMERLITE».

УЗИ ЩЖ проводили на аппаратах «АЛОКА-650», «Diasonics» с использованием линейных датчиков частотой от 5 до 7 МГц в режиме реального времени по стандартному протоколу с использованием цветового энергетического доплеровского картирования кровотока. Окрашивание цитологического материала проводили по Мэй-Грюнвальду-Гимзе (Паппенгейму). Цитологическое исследование проводилось в отделении патологической анатомии Областной клинической больницы №2.

Результаты и их обсуждение

Для анализа морфологической структуры узловой патологии у лиц различного пола и возраста мы проанализировали морфологические заключения операционного материала 582 пациентов с узловой патологией ЩЖ, оперированных в ОКБ №2 г. Оренбурга.

Среди доброкачественных узлов ЩЖ у мужчин примерно одинаково часто имели место коллоидный зоб (47,8% всех образований) и фолликулярная аденома (44,6%), значитель-

но реже встречалась гюртлеклеточная аденома (7,7% всех образований). Таким образом, общее количество аденом несколько превосходило число случаев коллоидного зоба. У 8 больных при аденомах отмечалась малигнизация: в 4 из 70 случаев фолликулярной аденомы и в 4 из 12 случаев гюртлеклеточной аденомы. Следовательно, при гюртлеклеточной аденоме малигнизация отмечалась значительно чаще (в 1/3 всех случаев), чем при фолликулярной аденоме (5,7%).

Все доброкачественные узловые образования в ЩЖ чаще отмечались у лиц в возрасте 51-60 лет, на них приходилось более половины всех случаев (52%). При этом в указанном возрасте имело место около 1/2 всех случаев коллоидного зоба (35 из 75) и более 1/2 всех случаев фолликулярной аденомы (40 из 70) и гюртлеклеточной аденомы (7 из 12 случаев). В возрасте старше 60 лет было 10 мужчин с коллоидным зобом, но ни одного больного с аденомами.

В более молодом возрасте (до 50 лет включительно) было 43,4% мужчин с доброкачественными узловыми образованиями ЩЖ; причем до 20 лет было только 3 человека с коллоидным зобом, а в дальнейшем количество больных с коллоидным зобом несколько увеличивалось: в 21-30 лет и в 31-40 лет было по 6 больных, а в 41-50 лет - 15 больных. Аденомы встречались в возрасте старше 20 лет: в 21-30 лет и 41-50 лет было по 12 больных фолликулярной аденомой, а в возрасте 31-40 лет - 6 больных. Гюртлеклеточная аденома в 5 случаях из 12 была у лиц в возрасте 21-30 лет. Все 8 случаев озлокачествления аденом приходятся на возраст 51-60 лет. В возрасте старше 60 лет не выявлено ни одного случая аденомы, и можно предположить, что в этом возрасте наименее показана операция на ЩЖ.

Кроме того, следует учитывать что у мужчин в возрасте 21-30 лет из 23 узловых образований ЩЖ 6 оказались коллоидным зобом, а 17 аденомами (12 фолликулярными и 5 гюртлеклеточными), и хотя ни в одном случае у них не была выявлена малигнизация аденомы, относительно большое их количество в этом возрасте требует более радикального подхода к узловому образованию в ЩЖ у молодых мужчин.

Среди больных с доброкачественными узловыми эутиреоидными образованиями ЩЖ женщин было в 2,7 раза больше, чем мужчин

(425 и 157 больных соответственно). Среди узловых образований у женщин значительно превалировало количество коллоидного зоба над аденомами. Если у мужчин коллоидный зоб и фолликулярная аденома встречались примерно с одинаковой частотой, то у женщин коллоидный зоб составил 61,4% всех узловых образований ЩЖ и встречался в 2,5 раза чаще, чем фолликулярная аденома (24,7%) и почти в 4,5 раза чаще, чем гюртлеклеточная аденома (13,9%).

У женщин отмечалась малигнизация 8 фолликулярных аденом из 105, что составило 7,6%, и 9 гюртлеклеточных аденом из 59 (15,3%). Таким образом, частота озлокачествления фолликулярных аденом у женщин была примерно такой же, как у мужчин, а гюртлеклеточная аденома у женщин озлокачествлялась реже, чем у мужчин (в 15,3% и 33,3% соответственно); итого (при учете и мужчин, и женщин) гюртлеклеточная аденома озлокачествлялась почти в 3 раза чаще, чем фолликулярная (18,3% и 6,9% всех случаев).

Если у мужчин 1/2 всех случаев коллоидного зоба отмечена в возрасте 51-60 лет, то у женщин 1/2 случаев приходится на возраст 41-60 лет, одинаковое количество в каждое десятилетие (65 и 66 человек), и несколько меньшее количество больных коллоидным зобом в десятилетие 61-70 лет (61 человек), а в возрасте старше 70 лет было отмечено еще 11 больных с коллоидным зобом.

В возрасте 41-60 лет выявлялось несколько более 1/2 случаев и фолликулярной, и гюртлеклеточной аденомы. Если у мужчин не отмечалось больных с аденомами в возрасте старше 60 лет, то у женщин и фолликулярные, и гюртлеклеточные аденомы встречались и в возрасте 61-70 лет и старше, но количество больных в этом возрасте было значительно меньше, чем в 41-60 лет.

Среди больных женщин в возрасте 21-40 лет отмечались больные и с коллоидным зобом, и с фолликулярными, и гюртлеклеточными аденомами, а в возрасте до 20 лет только несколько больных с коллоидным зобом и фолликулярной аденомой; причем до 41 года количество больных со всеми морфологическими вариантами доброкачественных узловых образований ЩЖ с убыванием возраста значительно уменьшалось.

Кроме того, следует отметить, что если у женщин старше 40 лет количество больных с

коллоидным зобом значительно превалировало над количеством больных с аденомами, то в возрасте 21-40 лет количество больных с аденомами только немного меньше, чем с коллоидным зобом.

Малигнизация фолликулярных аденом отмечалась у больных в возрасте 41-70 лет (по 2-3 озлокачествления каждое десятилетие), а малигнизация гюртлеклеточной аденомы отмечалась в возрасте 21-30 лет и 41-60 лет (по 3 случая каждое десятилетие).

Таким образом, у мужчин среди доброкачественных эутиреоидных узлов щитовидной железы чаще встречались аденомы, чем коллоидный пролиферирующий зоб, особенно в возрасте 21-30 лет и 51-60 лет, причем озлокачествление аденом отмечалось только у лиц 51-60 лет. Следовательно, консервативное лечение мужчин с узловым образованием в ци-

товидной железе возможно только при убедительном диагнозе коллоидного зоба по результатам ТПБ. При этом мы исходим из общепринятого положения, что при ТПБ, как и при цитодиагностике во время операции, невозможно дифференцировать фолликулярную или гюртлеклеточную аденому от рака аналогичной морфологической структуры, поэтому аденомы подлежат хирургическому удалению. Из полученных данных следует, что в этом отношении, прежде всего, составляют группу риска мужчины в возрасте 21-30 лет и 51-60 лет. Потенциально наименее опасно узловое образование ЩЖ у мужчин в возрасте старше 60 лет. У женщин при узловом образовании в щитовидной железе вероятность аденомы ниже, поскольку значительно чаще встречается коллоидный пролиферирующий зоб, чем аденома.

Список использованной литературы:

1. Александров Ю.К. Система раннего активного выявления, хирургического лечения и реабилитации больных с узловым зобом в эндемическом очаге: Автореф. дисс.докт.мед.наук. -М., 1997.
2. Ванушко В.Э., Кузнецов Н.С. Медицинские и хирургические аспекты хирургии узлового зоба // Материалы 2-го Российского тиреологического конгресса, Москва 20-21 ноября 2002 -М.2002.-С.77-81.
3. Кузнецов Н.С., Ворохобина Н.В., Бубнов А.И. Тактика лечения больных с различными вариантами узлового зоба. Современные аспекты хирургической эндокринологии. // Материалы одиннадцатого (тринадцатого) Российского симпозиума с международным участием по хирургической эндокринологии – С-Петербург, 15-18 июля 2003 -«Welcome» – СПб. 2003 -Т.1 -С133-135.
4. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз: Руководство для врачей. М. РКИ Соверо пресс, – 2003. – 216с.
5. Шустов СБ., Халимов Ю.Ш. Функциональная и топическая диагностика в эндокринологии. – СПб. 2001.– 239с.
6. Adams D.D., Kennedy T.H., Stewart J.C., et al. Hyperthyroidism following iodide supplementation: measurements of thyroid-stimulating autoantibodies and thyrotropin. J. Clin. Endocrinol. Metab. -1994-№41-Р. 221-228.
7. Belfiore A., La Rosa G.L., Giuffrida D., et al: The management of thyroid nodules. // J. Endocrinol Invest. – 1995. – №18 – P. 155.