

Материал и методы. Результаты тонкоигольной аспирационной биопсии узловых образований ЩЖ размером более 1 см у 5974 пациентов.

Результаты. Большая часть узловых образований ЩЖ (67,4 %) была представлена узловым коллоидным зобом, на узловую форму АИТ пришлось 15,2 % всех узловых образований в ЩЖ, на аденому ЩЖ – 10 %. Цитологическая картина, характерная для рака ЩЖ, получена всего у 0,6 % больных с узловым зобом. В 6,3 % цитологом поставлено заключение фолликулярная опухоль. Если учесть, что примерно 15–30 % (в среднем 20 %) фолликулярных опухолей при морфологическом исследовании является раком, то на долю рака ЩЖ среди узловой патологии у жителей г. Тюмени приходится примерно 1,83 %.

Однако морфологическая структура узловой патологии ЩЖ неодинакова в различных возрастных группах пациентов и в зависимости от их половой принадлежности. У категории мужского населения в возрасте 21–60 лет опухолевые узловые образования (аденомы и раки) составили значительную часть. Так, на долю аденом ЩЖ у мужчин в возрасте 21–40 лет пришлось 26,8 %, а в более старшей возрастной группе (41–60 лет) – 29,8 %. В эти же возрастные периоды отмечена значительно более высокая частота рака ЩЖ – 4,2 % в возрасте 21–40 лет, 2,4 % – в возрасте 41–60 лет. Кроме того, в обеих этих возрастных группах наблюдался достаточно высокий процент фолликулярных опухолей, на основании чего можно предположить, что доля опухолевых узловых образований (аденом и раков ЩЖ) у этой категории населения еще выше. На долю узлового коллоидного зоба в этих возрастных группах пришлось чуть более трети всех узловых образований.

У пациентов мужского пола в возрасте до 20 лет при цитологическом исследовании узловых образований не обнаружено аденом и раков ЩЖ. Однако в этой возрастной группе доля фолликулярных опухолей составила 6,3 %, на основании чего можно предположить, что у этой категории пациентов рак ЩЖ составляет примерно 1,3 % всех узлов ЩЖ. У пациентов старше 60 лет также отмечен высокий процент аденом ЩЖ в структуре узловой патологии – 18,2 %. Доля рака ЩЖ меньше, чем в более молодых возрастных группах. Однако доля фолликулярных опухолей в этой возрастной группе составила более 10 %, на основании чего можно предположить, что и в этой возрастной группе доля рака среди узловых образований ЩЖ достаточно высока.

У женского населения морфологическая структура узловой патологии имеет иную картину. Во всех возрастных группах у женщин преобладала неопухолевая узловая патология ЩЖ – узловой коллоидный зоб и узловая форма АИТ. На долю рака ЩЖ пришлось всего 1,1 % узловых образований ЩЖ в возрасте до 20 лет. В более старших возрастных группах его частота уменьшилась до 0,4 % в возрасте 41–60 лет и до 0,5 % в возрасте старше 60 лет. Также отмечено уменьшение доли фолликулярной опухоли и аденомы ЩЖ. Параллельно с этим четко отмечена тенденция к увеличению доли узлового коллоидного зоба в структуре узловой патологии ЩЖ у лиц женского пола.

Выводы. В морфологической структуре узловой патологии у жителей г. Тюмени основная доля приходится на неопухолевые узловые образования ЩЖ (коллоидный зоб и узловая форма АИТ). Доля рака невелика. Следовательно, онкологическая опасность узловых образований в ЩЖ представляется нам не обоснованной. Онкологическая настороженность является более обоснованной у пациентов мужского пола

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕЦИДИВА УЗЛОВОГО ЗОБА

В.Г. Петров, А.А. Нелаева, Д.И. Малинин, Л.Ф. Миронов, Б.В. Бостанджиев

ГЛПУ ТО ОКБ № 2, ММЛПУ Эндокринологический диспансер, ГОУ ВПО ТюмГМА МЗ РФ, г. Тюмень

и пациентов молодого возраста.

Цель исследования. Анализ возникновения рецидивов заболевания у пациентов, оперированных по поводу узлового зоба, с целью разработки мероприятий, позволяющих снизить риск его возникновения.

Материал и методы. Анализ амбулаторных карт и

историй болезни 420 пациентов с рецидивом узлового зоба, оперированных ранее и наблюдавшихся в ММЛПУ Эндокринологический диспансер г. Тюмени за период с 1999 по 2003 г.

Результаты. Нами установлено, что основную долю рецидивов, возникших в первые пять лет, составляли ложные рецидивы, что связано с оставлени-

ем пораженных участков ткани ЩЖ во время операции. Это подтверждает и тот факт, что после резекции доли с узлом рецидив в первые пять лет наблюдался у 30 из 40 человек (7,1 % от общего количества пациентов с рецидивным узловым зобом и 75 % (!) от числа пациентов, которым была проведена данная операция). Столь же высокий процент ранних рецидивов отмечен у пациентов, которым произведена энуклеация узла – 25 из 35, что составило 5,9 % от всех наблюдаемых нами рецидивов узлового зоба и 71,4% (!) от доли пациентов, которым произведена данная операция. Мы проанализировали морфологическую структуру рецидивного узлового зоба. Из 420 пациентов с рецидивом узлового зоба всего в 2 (0,5 %) наблюдениях нами обнаружен рак. Это еще раз подтверждает высказываемые в последнее время в литературе предположения о необоснованности онкологической опасности послеоперационного рецидивного узлового зоба. Также отмечено незначительное количество рецидивирования фолликулярных аденом – 4,8 %. Основное количество рецидивов приходилось на узловой коллоидный зоб – 235 (55,9 %) наблюдений. В 84 (20,0 %) случаях наблюдается сочетание его с АИТ. В 118 (28,1 %) наблюдениях при морфологи-

ческом исследовании узлов обнаружена очаговая гиперплазия при АИТ.

Риск развития рецидива узлового зоба при экономных резекциях доли ЩЖ достаточно высок, что может вызвать необходимость оперативного вмешательства. Высокий процент рецидива именно коллоидного зоба указывает на то, что патологические процессы, приведшие к нему, поражают не какой-то локальный участок ткани ЩЖ, а всю ткань. Если рецидив появляется на оперированной стороне и есть необходимость в повторной операции, то риск возникновения специфических послеоперационных осложнений будет гораздо выше, нежели при необходимости проведения оперативного вмешательства на противоположной доле.

Выводы. Таким образом, мы считаем, что снижение количества рецидивов узлового зоба в большей мере зависит от выбора адекватного объема оперативного вмешательства и правильности его выполнения. Такие операции, как резекция доли и энуклеация узла, нельзя считать адекватным минимальным оперативным вмешательством по поводу узлового зоба. Адекватным минимальным объемом оперативного вмешательства при узловом зобе необходимо считать гемитиреоидэктомию, причем для возможности полного удаления патологически измененной ткани железы необходимо выполнять ее экстрафасциально.

ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ АДЕНОМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Г. Петров, А.А. Нелаева, С.А. Якимов, А.М. Машкин, Д.И. Малинин

ГЛПУ ТО ОКБ № 2, ММЛПУ Эндокринологический диспансер, ГОУ ВПО ТюмГМА МЗ РФ, г. Тюмень

Фолликулярная аденома (ФА) – наиболее часто встречающийся вид доброкачественной опухоли ЩЖ, без признаков инвазии капсулы и сосудов. Встречается у 10–25 % пациентов с узловым зобом. По нашим данным, ФА встречается у 10,5 % пациентов с узловым зобом.

Цель исследования. Анализ возможности малигнизации ФА в зависимости от пола и возраста пациентов, а также в зависимости от размеров опухоли.

Материал и методы. Анализ морфологической структуры ФА у 101 пациента, оперированного нами за период с 2001 по июнь 2004 г.

Результаты. Из 101 оперированного пациента с ФА 15 (14,9 %) были лица мужского пола, 86 (85,1 %) – женского пола. Среди мужчин ФА наиболее часто диагностировалась в возрасте от 51 до 60 лет – 8 (53,3 %), 4 (26,7 %) – в возрасте 41–50 лет, 1 (6,6 %) – 31–40 лет, 2 (13,3 %) – 25–30 лет. В более молодых и более старших возрастных группах у мужчин ФА нами не обнаружена. В отличие от пациентов мужского пола, ФА у женщин обнаруживалась во всех возрастных группах. Так же, как и у мужчин, у женщин наиболее часто ФА диагностировалась в возрасте 51–60 лет – 27 (31,4 %). В возрасте 41–50 лет – 20 (23,3 %), 61–70 – 15 (17,4 %). В отличие от мужчин у женщин ФА встречалась в более молодом и более старшем возрасте.