

А.В. Куделин, А.А. Евтехов, Д.А. Пикун, Е.Ю. Брегадзе

СОЛИТАРНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА

Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

Проведен анализ результатов обследования и лечения 873 больных с солитарными образованиями щитовидной железы. За счет дифференцированного подхода в лечебно-диагностической тактике установлено уменьшение числа хирургических операций по поводу солитарных образований щитовидной железы с 55,3 до 36,5 %, а в их структуре при неопухолевых заболеваниях — с 81,4 до 47,7 %.

Ключевые слова: солитарные образования щитовидной железы, щитовидная железа, хирургическое лечение

SOLITARY NODES IN THYROID GLAND IN SURGICAL PRACTICE

A.V. Kudelin, A.A. Evtekhov, D.A. Pikul, E.Yu. Bregadze

Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk

We analyzed the results of examination and treatment of 873 patients with solitary nodes in thyroid gland. Due to differentiated approach in medical and diagnostic tactics the number of surgeries on account of solitary nodes in thyroid gland reduced from 55,3 to 36,5 %, and in their structure in cases of nonneoplastic diseases it reduced from 81,4 to 47,7 %.

Key words: solitary nodes in thyroid gland, thyroid gland, surgical treatment

Значительная часть территории Дальнего Востока, в том числе Амурская область, является зоной природного йододефицита, где йодная недостаточность сочетается с дефицитом других микроэлементов [2, 4]. В Амурской области 76 % населения имеют йодный дефицит от легкой до средней степени тяжести. В связи с природным йододефицитом и недостаточными мерами по его компенсации в Амурской области отмечается рост узловых патологий щитовидной железы (ЩЖ). Проблема «амурского зоба» возникла с периода освоения Дальнего Востока в конце XIX века и не утратила своего значения до настоящего времени.

Солитарные образования щитовидной железы (СОЩЖ) объединяют группу заболеваний разной гистологической структуры (фолликулярный коллоидный зоб, киста, аденома и рак ЩЖ, аутоиммунный тиреоидит и некоторые редкие заболевания), для которых характерно наличие в ЩЖ одного узлового образования или «узла». Термин «узел» ЩЖ означает образование в тиреоидной паренхиме, имеющее капсулу, выявляемое пальпаторно или с помощью какого-либо визуализирующего метода. СОЩЖ чаще всего является начальным этапом формирования простого йододефицитного зоба.

В лечении узловых образований ЩЖ чаще применяются оперативные методы лечения. Однако следствиями хирургических операций в 34–70 % случаев являются послеоперационный гипотиреоз и обусловленный им комплекс метаболических нарушений, необходимость постоянной заместительной терапии [1]. Поэтому выбор аргументированной лечебной тактики у больных СОЩЖ остается актуальным вопросом хирургической тиреоидологии.

Цель работы: изучить распространенность и морфологическую структуру СОЩЖ в условиях природного йододефицита Амурской области,

оценить эффективность дифференциальной диагностики и лечения этой патологии, используя разработанную лечебно-диагностическую тактику.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты обследования и лечения 873 больных с СОЩЖ. Больные с СОЩЖ составили 45 % от всех больных в возрасте от 20 до 75 лет, оперированных по поводу узловых заболеваний ЩЖ в течение 15 лет (1993–2007 гг.). Из 873 больных 790 (90,5 %) женщин и 83 (9,5 %) мужчины.

Методы диагностики: УЗИ ЩЖ, цветное доплеровское картирование (ЦДК) ЩЖ, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) под контролем УЗИ, исследование гормонов ЩЖ, сканирование ЩЖ при тиреотоксикозе, магнитно-резонансная томография (по показаниям), интраоперационное цитологическое и послеоперационное гистологическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические проявления тиреоидной патологии у обследованных больных чаще являлись неспецифическими и зависели от гормонального статуса, размеров и локализации узловых образований. Средняя продолжительность анамнестического периода у больных с СОЩЖ составила $2,2 \pm 0,1$ года. У большинства из них был эутиреоз (85,5 %), реже — тиреотоксикоз (11,7 %) и гипотиреоз (3,7 %).

СОЩЖ небольших размеров не всегда выявлялись пальпаторно. Только при пальпации и УЗИ ЩЖ узловые образования выявлены в 66,9 % случаев. В 33,1 % случаев СОЩЖ были диагностированы лишь на основании УЗИ ЩЖ. Средний объем ЩЖ у больных с СОЩЖ (по данным УЗИ) составил $27,1 \pm 0,7$ мл. I степень увеличения ЩЖ (ВОЗ) отмечена в 29,8 %, II степень — в 70,2 % наблюдений.

У больных, оперированных по поводу СОЩЖ, неопухолевые заболевания ЩЖ встречались чаще (69,1 %). Среди них наиболее распространенным заболеванием был узловой коллоидный зоб (536 случаев (61,4 %)). Псевдоузлы при аутоиммунном тиреоидите (АИТ) выявлены в 67 случаях СОЩЖ (7,7 %). Этим больным были выполнены оперативные вмешательства в связи с подозрением на рак ЩЖ.

Опухоли ЩЖ были диагностированы в 30,9 % случаев. В структуре солитарных опухолей ЩЖ преобладали фолликулярные аденомы ЩЖ (158 случаев (18,1 %)). Рак ЩЖ встречался реже (112 случаев (12,8 %)). Папиллярный рак установлен в 56,3 %, фолликулярный — в 35,7 %, медуллярный — в 3,6 %, недифференцированный — в 4,4 % наблюдений.

Дифференциальную диагностику СОЩЖ осуществляли на основании клинических данных, ультразвуковых признаков, особенностей кровотока, выявленных при ЦДК, и результатов цитологического исследования.

При ультразвуковом исследовании учитывали общепринятые критерии для оценки характера патологии узловых образований (эхогенность, эхоструктура, четкость контуров, наличие ободка и капсулы). В отличие от доброкачественных узловых образований, для РЩЖ характерными являлись неоднородность структуры, гипозоногенность, неровность контуров, наличие кальцинатов, отсутствие ободка (хотя встречались инкапсулированные формы). Показатели чувствительности и специфичности УЗИ в диагностике СОЩЖ равнялись 74,3 и 91,4 % соответственно.

Применение ЦДК позволило повысить эффективность ультразвуковой диагностики за счет выявления особенностей кровотока в узловых образованиях. В оценке кровотока выделяли 4 его типа — аваскулярный, перинодулярный, интранодулярный и смешанный. Опухоли характеризовались преобладанием интранодулярного и смешанного, а неопухолевые образования — перинодулярного и аваскулярного типов кровотока.

Применение ЦДК расширило возможности ультразвуковой диагностики и позволило более точно дифференцировать опухоли и неопухолевые заболевания ЩЖ. Чувствительность и специфичность ЦДК в диагностике СОЩЖ составили 81,3 и 93,8 % соответственно, что превышало аналогичные показатели при использовании УЗИ ЩЖ.

Заключительным этапом дооперационной диагностики являлась ТАПБ с цитологическим исследованием, при котором оценивали клеточность, структурность, пролиферацию, характер изменений ядер и цитоплазмы, митотическую активность фолликулярного эпителия ЩЖ, наличие коллоида, макрофагов, лимфоидных и соединительнотканых элементов, псаммомных телец.

Применение ТАПБ под контролем УЗИ с цитологическим исследованием повысило уровень дифференциальной диагностики при СОЩЖ по сравнению с ранее используемыми методами:

чувствительность возросла до 92,4 %, специфичность — до 97,5 %. Сравнительно низкие показатели чувствительности ТАПБ при РЩЖ (90,2 %) были обусловлены ограниченными возможностями цитологического метода исследования в дифференциальной диагностике фолликулярного РЩЖ и фолликулярных АЩЖ.

Интраоперационное цитологическое исследование (ИЦИ) мазков-отпечатков проведено 113 больным с СОЩЖ для сравнительной оценки с ТАПБ. Преимуществом ИЦИ являлась возможность более точного получения большего количества клеточного субстрата и отсутствие нерепрезентативного материала. Диагностические характеристики ИЦИ превышали аналогичные показатели при ТАПБ и приблизились к результатам послеоперационного гистологического исследования (чувствительность ИЦИ — 96,5 %, специфичность — 98,8 %).

Особого внимания заслуживает проблема «фолликулярной опухоли» у больных с СОЩЖ. Это цитологическое заключение предполагает вероятность фолликулярного рака или доброкачественной фолликулярной аденомы [3]. Окончательный диагноз устанавливают лишь на основании наличия или отсутствия инвазии капсулы и сосудов узлового образования, что создает трудности в выборе объема оперативного вмешательства.

Цитологический диагноз фолликулярной опухоли был установлен у 37 больных с СОЩЖ — у 32 женщин и 5 мужчин. При гистологическом исследовании у этих больных были верифицированы рак ЩЖ (13 случаев (35,1 %)) и различные виды фолликулярных аденом (24 случая (64,9 %)), что не противоречит данным других исследователей [3]. Средние размеры солитарной фолликулярной опухоли составляли 2,9 см, причем со значимыми различиями ($p = 0,0397$) при верифицированном раке (1,9 см) и фолликулярной аденоме (3,4 см). Каких-либо клинических данных (пол, возраст, длительность заболевания), способствующих дифференциальной диагностике фолликулярных аденом и рака в дооперационном периоде, не было выявлено.

В течение последних лет существенно изменился подход к хирургическому лечению одиночных образований ЩЖ, ограничивающий показания к их оперативному лечению. Показаниями к операции являлись опухоли ЩЖ, подозрение на рак ЩЖ (по данным цитологического исследования), а при неопухолевых заболеваниях ЩЖ — компрессионный синдром, функциональная автономия солитарного узлового образования, деформация шеи с косметическим дефектом.

Объем оперативного вмешательства зависел от характера заболевания. При раке ЩЖ выполняли тиреоидэктомию, при доброкачественных заболеваниях — гемитиреоидэктомию или субтотальную резекцию доли ЩЖ. В случаях неверифицированного до операции рака ЩЖ I стадии ограничивались гемитиреоидэктомией, а при раке ЩЖ II — III стадии удаляли противоположную долю после

получения гистологического заключения. Такие вмешательства потребовались 10 больным.

В результате дифференцированного лечебно-диагностического подхода уменьшилось число больных, оперированных по поводу СОЩЖ. Это проявилось в снижении удельного веса операций при СОЩЖ в структуре всех оперативных вмешательств на ЩЖ с 55,3 % (1993 – 1997 гг.) до 36,5 % (2003 – 2007 гг.), т.е. в 1,5 раза. Одновременно за счет оптимизации диагностики и строго аргументированного выбора показаний к оперативному лечению СОЩЖ отмечены изменения в структуре характера патологии ЩЖ у оперированных больных. В частности, число оперативных вмешательств по поводу солитарных опухолей возросло с 18,6 до 52,3 %, а при неопухолевых заболеваниях – снизилось с 81,4 до 47,7 %.

Как отмечалось выше, учитывая вероятность рака при цитологическом диагнозе: фолликулярная опухоль ЩЖ, объем оперативного лечения определяли с онкологических позиций. Из общего числа оперативных вмешательств по поводу фолликулярной опухоли (37) тиреоидэктомия произведена у 19, предельно-субтотальная резекция ЩЖ – у 5, субтотальная резекция ЩЖ – у 5, гемитиреоидэктомия или субтотальная резекция одной доли ЩЖ – у 8 больных. В 16 случаях из общего числа наблюдений не представлялось возможным исключить рак ЩЖ на основании макроскопических, цитологических признаков и других характеристик (размер узла более 3 см, гипозоженная структура узла с нечеткими контурами). В этих случаях были выполнены операции на обеих долях ЩЖ (тиреоидэктомия, предельно-субтотальная резекция ЩЖ, субтотальная резекция ЩЖ). Однако при гистологическом исследовании ЩЖ у них же оказалась фолликулярная аденома, что позволяет считать объем оперативного вмешательства завышенным. При возможности более точной диагностики следовало ограничиться выполнением гемитиреоидэктомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В связи со значительностью распространенностью СОЩЖ в зонах природного йододефицита показания к их оперативному лечению следует ограничивать, особенно при неопухолевых заболеваниях ЩЖ. Ограничение показаний к операции и сокращение числа последних при СОЩЖ позволяет прогнозировать снижение заболеваемости гипотиреозом в структуре всей патологии ЩЖ.

Диагностический алгоритм, включающий комплекс диагностических исследований, позволяет в большинстве случаев правильно установить характер патологии ЩЖ и избрать рациональный метод лечения. Дифференцированный подход в лечебно-диагностической тактике позволил уменьшить число оперативных вмешательств у больных с СОЩЖ преимущественно за счет неопухолевых заболеваний.

Однако трудности в выборе адекватного объема операции отмечаются при цитологическом диагнозе «фолликулярная опухоль» из-за отсутствия значимых цитологических критериев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванушко В.Э., Фадеев В.В., Федак И.Р. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза // Современные аспекты хирургической эндокринологии : мат. XV Рос. симп. – Рязань, 2005. – С. 76–80.
2. Захаренко, Р.В. К истории изучения зобной болезни на Дальнем Востоке // Проблемы эндокринологии. – 2004. – № 2. – С. 54–55.
3. Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Абесадзе И.А. Фолликулярная неоплазия щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. – 2006. – № 1. – С. 23–25.
4. Юрьева М.А., Нарышкина С.В., Казакова М.Г. Оценка йодной обеспеченности населения Амурской области // Диагностика и лечение узлового зоба : мат. III Всерос. тиреоидологического конгр. – М., 2004. – С. 320.

Сведения об авторах

Куделин Алексей Викторович – клинический ординатор кафедры хирургических болезней ФПК и ППС Амурской государственной медицинской академии (675004, г. Благовещенск, ул. Кузнецкая, д. 19/1, кв. 56).

Евтехов Алексей Александрович – клинический ординатор кафедры хирургических болезней ФПК и ППС Амурской государственной медицинской академии.

Пикуль Дмитрий Анатольевич – клинический ординатор кафедры хирургических болезней ФПК и ППС Амурской государственной медицинской академии.

Брегадзе Евгений Юрьевич – клинический ординатор кафедры хирургических болезней ФПК и ППС Амурской государственной медицинской академии.