

СРАВНИТЕЛЬНОЕ РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

[О. Д. Сидорова, С. Ф. Зинчук](#)

*ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
(г. Кемерово)*

Проведен ретроспективный анализ аспектов диагностики узловых образований в ходе обследования и лечения 193-х больных с патологией щитовидной железы (ЩЖ), объемов применяемого хирургического вмешательства, послеоперационной терапии и реабилитации. Выявлены высокий процент ошибочной диагностики аутоиммунного тиреоидита (АИТ) в сочетании с другими нозологическими единицами патологии ЩЖ и высокая частота АИТ, имитирующего объемные изменения железы, что стало необоснованным поводом оперативного вмешательства. Установлено, что схема послеоперационного ведения большинства оперированных больных не включала приём адекватных доз препаратов L-тироксина.

Ключевые слова: щитовидная железа, аутоиммунный тиреоидит, узловые образования, дооперационная диагностика, гистологическое исследование, хирургическое вмешательство, L-тироксин.

Сидорова Ольга Дмитриевна — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», рабочий телефон: 8 (3842) 62-58-73, e-mail: Goory-777@rambler.ru

Зинчук Сергей Фаддеевич — кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник Центральной научно-исследовательской лаборатории ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», рабочий телефон: 8 (3842) 73-48-72, e-mail: sergzinchuk@rambler.ru

В настоящее время доля тиреопатий в структуре общей заболеваемости достигла 20 %. При увеличении частоты заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) возрастает количество проводимых на ЩЖ операций, 85–95 % которых выполняются по поводу узловых образований [8]. Несмотря на значительное число публикаций по вопросам хирургического лечения заболеваний ЩЖ, появившихся в последние годы, многие аспекты этой проблемы остаются неосвящёнными либо дискуссионными. Немногочисленны работы по характеристике нозологического профиля оперированных пациентов, оценке тактики дооперационного обследования и эффективности применяемых схем послеоперационного ведения и реабилитации больных.

Одним из самых распространённых заболеваний ЩЖ является аутоиммунный тиреоидит (АИТ). Он диагностируется у 13 % пациентов, прооперированных по поводу узловых образований ЩЖ. При этом АИТ может быть как реакцией ткани на объемное образование, так и служить фоном для формирования узлов, в том числе злокачественных опухолей [4, 5, 7]. В силу многообразия клинических форм, а также нечеткости критериев и маркеров, применяемых в диагностике, нередко АИТ протекает под «маской» различных узловых образований ЩЖ, и диагноз верифицируется только во время операции или в ходе гистологического исследования операционного материала.

Цель исследования — проведение ретроспективного анализа аспектов диагностики узловых образований в ходе обследования и лечения больных с патологией ЩЖ, объемов хирургического вмешательства, послеоперационной терапии и реабилитации больных.

Материалом исследования послужили истории болезни и данные гистологических исследований биопсийного операционного материала (ОМ) 193-х пациентов отделения эндокринной хирургии Кемеровской Областной клинической больницы за 3 года (с 2004 по 2006 год). Анализировали случаи, в которых при гистологическом исследовании были обнаружены признаки лимфоцитарного тиреоидита (интерпретированного как АИТ или тиреоидит Хашимото).

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов было 98 % женщин и 2 % мужчин в возрасте от 18 до 74 лет. Наиболее многочисленна возрастная группа 51–70 лет (49 %).

Все болезни и патологические состояния учитывались как нозологические единицы (табл. 1).

Таблица 1

**Сопоставление клинических диагнозов и гистологических заключений
патологоанатома у оперированных больных с патологией ЩЖ**

Клинический диагноз до операции	Число больных	Гистологическое заключение						
		АИТ	УКЗ + АИТ	ДТЗ + АИТ	АЩЖ + АИТ	ПРЩЖ + АИТ	ФРЩЖ + АИТ	Киста + АИТ
АИТ	51	49	2	—	—	—	—	—
УЗ	28	11	17	—	—	—	—	—
УЗ + АИТ	44	15	28	—	—	—	—	1
ДТЗ	10	4	—	6	—	—	—	—
ДТЗ + АИТ	3	2	—	1	—	—	—	—
АЩЖ	9	2	—	—	7	—	—	—

АЩЖ + АИТ	18	7	—	—	11	—	—	—
ПРЩЖ	7	2	—	—	—	4	1	—
ПРЩЖ + АИТ	14	2	—	—	—	12	—	—
ФРЩЖ	8	1	1	—	—	—	6	—
ФРЩЖ + АИТ	1	1	—	—	—	—	—	—
Всего	193	96	48	7	18	16	7	1

Примечание. В таблице и далее УКЗ — узловой коллоидный зоб, ДТЗ — диффузный токсический зоб, АЩЖ — аденома щитовидной железы, ПРЩЖ — папиллярный рак щитовидной железы, ФРЩЖ — фолликулярный рак щитовидной железы

В анализируемых клинических диагнозах АИТ в монокаузальном варианте встречался у 51-го больного. В 25-ти случаях он сопровождался синдромом сдавления органов шеи. Клинический диагноз нашел подтверждение при гистологическом исследовании у 96 % пациентов.

Из 72-х случаев установленного на дооперационном этапе УКЗ (в монокаузальном варианте или в сочетании с АИТ) только у 63 % больных он был верифицирован при исследовании ОМ, 36 % пациентов были прооперированы с АИТ. Изменения ЩЖ, клинически оцененные как ДТЗ и ДТЗ в сочетании с АИТ, гистологическое исследование подтвердило в 54 %. У остальных пациентов был обнаружен АИТ. Аденома (АЩЖ), сочетающаяся с АИТ, при исследовании ОМ была выявлена в 67 % случаев от числа больных, направленных на операцию с диагнозом доброкачественной опухоли ЩЖ, 33 % больных были прооперированы с АИТ.

В клинических диагнозах рак ЩЖ встречался у 30-ти больных: в 70 % — папиллярный рак (ПРЩЖ) в монокаузальном варианте и в сочетании с АИТ, в 30 % — фолликулярный (ФРЩЖ) и ФРЩЖ в сочетании с АИТ. Диагноз РЩЖ нашел гистологическое подтверждение в 77 % случаев, у 20 % был верифицирован АИТ.

На дооперационном этапе обследования у 191-го больного (99 %) было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ). В 15-ти случаях (8 %) отсутствовали сонографические признаки очаговых образований. У 19-ти пациентов (с монокаузальным диагнозом АИТ) определены титры антитиреоидных антител (Ат). Высокие титры Ат к тиреопероксидазе регистрировались у 87 % обследованных и в половине случаев — к тиреоглобулину.

Таблица 2

**Сопоставление объема хирургического вмешательства и результатов
гистологического исследования ОМ**

Операция	Гистологическое заключение						Всего
	АИТ	УКЗ + АИТ	ДТЗ + АИТ	АЩЖ + АИТ	РЩЖ + АИТ	Киста + АИТ	
Энуклеация узла	2	1	—	—	—	—	3
Резекция перешейка	2	—	—	2	—	—	4
Резекция одной доли	14	16	—	10	4	1	45

Резекция обеих долей	21	20	—	2	3	—	46
Гемитиреоидэктомия	19	3	—	3	8	—	33
Гемитиреоидэктомия с резекцией контрлатеральной доли	4	2	—	—	1	—	7
Субтотальная резекция ЩЖ	32	6	7	1	4	—	50
Тиреоидэктомия	2	—	—	—	3	—	5
Всего	96	48	7	18	23	1	193

Данные по объему выполненного хирургического вмешательства представлены в табл. 2.

Органосохраняющие операции были выполнены у 138-ми больных (71,5 % прооперированных); субтотальная резекция ЩЖ — в 50-ти случаях (25,9 %) и тиреоидэктомия — у 5-ти пациентов (2,6 %).

В период послеоперационной реабилитации препараты L-тироксина назначали только 43-м пациентам (22,3 %): 2 % — в дозе 25 мкг, 12 % — 50 мкг, 2,6 % — 75 мкг, 4,7 % — 100 мкг, 1 % — 250 мкг.

Проведенный ретроспективный анализ диагностических процедур при АИТ в до- и послеоперационном периодах лечения больных с патологией ЩЖ выявил высокий процент (48 %) несовпадения клинического диагноза с результатами гистологического исследования ОМ. Согласно данным гистологического исследования у 96-ти больных (50 %) АИТ был единственным поражением ЩЖ. У 20-ти пациентов он протекал под «масками» других заболеваний и не был распознан на дооперационном этапе, а у 27-ми больных на его фоне были ошибочно диагностированы различные объемные образования.

АИТ, как сопутствующая узловым образованиям патология, не был выявлен методами дооперационного обследования у 42-х пациентов, что составило 21,2 % прооперированных.

Недостатки дооперационной диагностики могут быть связаны как с трудностями, обусловленными отсутствием достоверных клинических критериев выявления АИТ, так и недостатками программ обследования, что также ведёт к снижению информативности выполненного обследования.

АИТ — заболевание с неустановленным до настоящего времени патогенезом, многообразием клинических вариантов с различной активностью аутоиммунного процесса и функционального состояния органа. Диагностика АИТ представляет сложности на всех этапах дооперационного обследования.

Наиболее масштабным исследованием на дооперационном этапе было УЗИ (в 99 % случаев). УЗИ признано чувствительным, недорогостоящим, неинвазивным методом исследования ЩЖ. Однако существует мнение о его низкой информативности при АИТ. Сонографические признаки заболевания разнообразны, а у отдельных пациентов с цитологически подтвержденным АИТ УЗ картина ЩЖ соответствует норме. Особую сложность представляет верификация УО на фоне АИТ [4, 6].

Иммунологическое исследование было выполнено только у 10 % больных (с монокаузальным вариантом АИТ). При этом выявлено, что наибольшую

диагностическую ценность имели Ат к тиреопероксидазе. Определению антитиреоидных Ат отводится важное место в диагностике АИТ, их присутствие считается диагностическим критерием заболевания. Но интерпретация результатов проста только на первый взгляд. Известно, что в ряде случаев уровень антител может быть как повышенным у здоровых лиц, так и оставаться в норме при наличии АИТ [9, 10].

Сложности дооперационной верификации АИТ явились причиной гипердиагностики узловых форм зоба, необоснованного хирургического лечения и ошибок в выборе объема оперативного вмешательства. Основными показаниями к хирургическому лечению АИТ считаются синдром сдавления органов шеи и узлообразование (в силу онкоопасности) [3, 8]. Среди 96-ти пациентов с установленным на послеоперационном этапе АИТ в монокаузальном варианте только у 38-ми (40 %) имелись основания для оперативного вмешательства. В остальных случаях оно, вероятно, было нецелесообразным. Однако операционная травма ЩЖ может способствовать обострению аутоиммунного процесса или инициировать его.

Объем хирургического вмешательства варьировал от органосохраняющего до предельно радикального. И, несмотря на высокий удельный вес больных, которым удаляли значительную часть железы, схема послеоперационного ведения большинства из них не включала приём адекватных доз препаратов L-тироксина. При отсутствии адекватной заместительной терапии послеоперационный гипотиреоз может стимулировать возникновение рецидива узлового зоба [1]. Нерадикальный характер первичной операции, воспалительные реакции в пораженной ткани ЩЖ и тиреоидном остатке также считаются факторами его возникновения [2].

Выводы

Ретроспективный анализ оценки качества диагностики АИТ показал:

1. высокий процент ошибочной диагностики АИТ в сочетании с другими нозологическими единицами патологии ЩЖ и высокую частоту АИТ, имитирующего объемные изменения ЩЖ, ставшего необоснованным поводом оперативного вмешательства;
2. отсутствие адекватной заместительной терапии в плане послеоперационной реабилитации большинства пациентов, что в условиях аутоиммунного поражения ткани железы и тиреоидного остатка может представлять риск развития рецидивного узлового зоба.

Список литературы

1. Оленёва И. Н. Оптимизация реабилитационных мероприятий у больных, оперированных по поводу узлового нетоксического зоба : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Н. Оленёва. — Томск, 2002. — 25 с.
2. Петров В. Г. Отдаленные результаты оперативного лечения узлового зоба / В. Г. Петров, Д. И. Малинин // Бюл. сиб. медицины. — 2007. — Т. 6, № 4. — С. 100–104.
3. Пинский С. Б. Структура узловых образований в хирургии щитовидной железы / С. Б. Пинский, В. А. Белобородов // Сиб. мед. журн. (г. Иркутск). — 2010. — № 2. — С. 59–64.
4. Суздальцев И. В. Диагностика узловых образований щитовидной железы на фоне аутоиммунного тиреоидита / И. В. Суздальцев, Ю. Ю. Пыхтин, С. И. Кубанов // Кубанский научный мед. вестн. — 2009. — № 1. — С. 115–118.

5. Трунин Е. М. Узловая трансформация щитовидной железы на фоне аутоиммунного тиреоидита / Е. М. Трунин, Э. С. Керимов, Л. Л. Мурт // Вестн. Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. — 2008. — Вып. 2. — С. 104–110.
6. Hashimoto thyroiditis : Part 1, sonographic analysis of nodular form of Hashimoto thyroiditis / L. Anderson, W. D. Middleton, S. A. Teefey [et al.] // AJR Am. J. Roentgenol. — 2010. — Jul. — Vol. 195 (1). — P. 208–215.
7. Prevalence of malignant tumors and adenomatous lesions detected by ultrasonographic screening in patients with autoimmune thyroid diseases / K. Mukasa, J. Y. Noh, Y. Kunii [et al.] // Thyroid. — 2011. — Jan. — Vol. 21 (1). — P. 37–41.
8. Hashimoto's thyroiditis: indications for surgical treatment / R. Nenkov, R. Radev, K. Khristozov [et al.] // Khirurgiia (Sofia). — 2005. — N 3. — P. 28–32.
9. Thyroid peroxidase and thyroglobulin autoantibodies in a large survey of populations with mild and moderate iodine deficiency / I. B. Pedersen, N. Knudsen, T. Jørgensen [et al.] // Clinical Endocrinology. — 2003. — Vol. 58, Issue 1. — P. 36–42
10. Hashimoto thyroiditis is more frequent than expected when diagnosed by cytology which uncovers a pre-clinical state / A. Staii, S. Mirocha, K. Todorova-Koteva [et al.] // Thyroid Res. — 2010. — Dec. — Vol. 20. — P. 3–11.

COMPARATIVE RETROSPECTIVE INVESTIGATION OF CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS AT PATIENTS OPERATED APROPOS DISEASES OF THYROID GLAND

O. D. Sidorova, S. F. Zinchuk

SBEI HPE «Kemerovo State Medical Academy» of Ministry of Health (Kemerovo c.)

The retrospective analysis of aspects of diagnostics of nodal masses is carried out during inspection and treatment of 193 patients with pathology of thyroid gland (TG), volumes of applied surgical intervention, postoperative therapy and aftertreatment. High percent of wrong diagnostics of autoimmune thyroiditis (AIT) in combination with other nosological points of pathology of TG and the high frequency of AIT imitating volume changes of gland that became an unreasonable occasion of operative measure are revealed. It is established that the scheme of postoperative maintaining the majority of operated patients didn't include reception of adequate doses of L-thyroxine preparations.

Keywords: thyroid gland, autoimmune thyroiditis, nodal masses, presurgical diagnostics, histological research, surgical intervention, L-thyroxine.

About authors:

Sidorova Olga Dmitriyevna — candidate of medical sciences, assistant professor, head of pathological anatomy chair at SBEI HPE «Kemerovo State Medical Academy», office phone: 8 (3842) 62-58-73, e-mail: Goopy-777@rambler.ru

Zinchuk Sergey Faddeevich — candidate of medical sciences, assistant professor, senior research associate of Central research laboratory at SBEI HPE «Kemerovo State Medical Academy», office phone: 8 (3842) 73-48-72, e-mail: sergzinchuk@rambler.ru

List of the Literature:

1. Olenyova I. N. Optimization of rehabilitational actions at the patients operated concerning nodal nontoxic struma: autoref. dis. ... cand. medical sciences / I. N. Olenyova. — Tomsk, 2002. — 25 P.
2. Petrov V. G. The remote results of expeditious treatment of nodal struma / V. G. Petrov, D. I. Malinin // Bulletin sib. medicine. — 2007. — V. 6, № 4. — P. 100-104.
3. Pinsky S. B. Structure of nodal educations in surgery thyroid gland / S. B. Pinsky, V. A. Beloborodov // Sib. medical journ. (Irkutsk). — 2010. — № 2. — P. 59-64.
4. Suzdaltsev I. V. Diagnostics of nodal formations of thyroid gland against autoimmune thyroiditis / I. V. Suzdaltsev, Y. Y. Pykhtin, S. I. Kubanov // Kuban scientific medical bul. — 2009. — № 1. — P. 115-118.
5. Trunin E. M. Nodal transformation of thyroid gland against autoimmune thyroiditis / E. M. Trunin, E. S. Kerimov, L. L. Murt // Bul. of St. Petersburg university. Seria. 11. — 2008. — Iss. 2. — P. 104-110.
6. Hashimoto thyroiditis : Part 1, sonographic analysis of nodular form of Hashimoto thyroiditis / L. Anderson, W. D. Middleton, S. A. Teefey [et al.] // AJR Am. J. Roentgenol. — 2010. — Jul. — Vol. 195 (1). — P. 208–215.
7. Prevalence of malignant tumors and adenomatous lesions detected by ultrasonographic screening in patients with autoimmune thyroid diseases / K. Mukasa, J. Y. Noh, Y. Kunii [et al.] // Thyroid. — 2011. — Jan. — Vol. 21 (1). — P. 37–41.
8. Hashimoto's thyroiditis: indications for surgical treatment / R. Nenkov, R. Radev, K. Khristozov [et al.] // Khirurgiia (Sofia). — 2005. — N 3. — P. 28–32.
9. Thyroid peroxidase and thyroglobulin autoantibodies in a large survey of populations with mild and moderate iodine deficiency / I. B. Pedersen, N. Knudsen, T. Jørgensen [et al.] // Clinical Endocrinology. — 2003. — Vol. 58, Issue 1. — P. 36–42
10. Hashimoto thyroiditis is more frequent than expected when diagnosed by cytology which uncovers a pre-clinical state / A. Staii, S. Mirocha, K. Todorova-Koteva [et al.] // Thyroid Res. — 2010. — Dec. — Vol. 20. — P. 3–11.