

С. О. Гешелін, С. Р. Петров, О. І. Кравченко

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ВИЗНАЧЕННІ ОБСЯГУ ХІРУРГІЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Діагностика та лікування захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) залишаються актуальними проблемами клінічної онкології, хірургії та ендокринології. На захворювання ЩЗ страждає 10–12 % населення планети [1]. Відзначаються істотний ріст і зміна структури захворюваності [2]. У Росії в 2002 р. захворюваність на рак щитоподібної залози (РЩЗ) у жінок досягла 9,33 на 100 000 населення, перевищивши аналогічний показник у 1992 р. у 2,1 разу, а в чоловіків цей показник за останні 10 років збільшився в 1,7 разу [3]. Зросла кількість злоякісних пухлин на фоні багатовузлового, токсичного зоба, хронічного автоімунного тиреоїдиту [4].

До- й інтраопераційна діагностика доброякісних захворювань і РЩЗ, що визначає тактику лікування, недосконала.

Можливості клінічних методів діагностики обмежені. Чутливість пальпації становить 63 %, специфічність 67 % [5]. За допомогою пальпації РЩЗ можна виявити не більш ніж у 40 % випадків [6; 7].

У тканині ЩЗ під час УЗД можна виявити 44 % утворень і в 44 % випадків визначити вузли, що не виявляються при пальпації [8]. Однак УЗД дозволяє лише запідозрити злоякісну природу утворення [4; 9]. Помилки в диференційній діагностиці РЩЗ і хронічного автоімунного тиреоїдиту дося-

гають 75 % [10]. Комп'ютерна і магніторезонансна томографія, сцинтиграфія з одночасним використанням талію-201 і йоду-123 економічно не вигідні й недостатньо інформативні [11].

Інформативність тонкоголокової аспіраційної пункційної біопсії коливається від 40 до 96 % [1; 4; 12; 13], а цитологічне дослідження мазків-відбитків із препарату, вилученого під час операції, інформативне лише у 80 % спостережень, причому оцінити злоякісність фолікулярної пухлини цитолог не може [12]. Крім того, результат цитологічного дослідження залежить від якості пункції та кваліфікації цитолога [14].

Чутливість експрес-біопсії для РЩЗ оцінюється досить суперечливо: при середньому рівні 83,9–89,0 % папілярний рак визначається у 62,0–78,9 %, фолікулярний — у 70,0–83,3 %, медулярний і анапластичний — у 96–100 % [15; 16]. Оптимізові авторів, що визначають чутливість експрес-біопсії в діагностиці вузлових утворень ЩЗ на рівні 98,6 %, специфічність 99,5 %, інформативність 94,4 % [19], протистоїть скепсис тих, які, визначивши чутливість методу в групі фолікулярних утворень на рівні 9,0–42,9 %, вважають експрес-біопсію марною для цієї групи пухлин [17; 18].

Єдиної думки про оптимальний обсяг операції при патології ЩЗ немає. Частина хірургів при доброякісних уражен-

нях і невеликих високодиференційованих раках обмежуються органозберігаючими операціями [4; 22; 24]. Деякі автори при невеликих доброякісних вузлах застосовують відеоендоскопічні втручання [21–23], а дехто обмежується склерозуючою терапією [20]. При багатовузловому зобі та хронічному автоімунному тиреоїдиті виконують тиреоїдектомію [21; 25; 26] і, навіть незалежно від стадії процесу та гістологічної структури злоякісної пухлини, рекомендується екстрафасціальна тиреоїдектомія [27; 28].

Мета роботи — оцінити можливості застосовуваного комплексу до- та інтраопераційних діагностичних досліджень для визначення обсягу оперативного втручання.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз діагностики і лікування 445 пацієнтів з патологією ЩЗ, оперованих у хірургічній клініці Одеського державного медичного університету на базі міської клінічної лікарні № 1 у 1992–2004 рр. Порівнювалися дані до- й інтраопераційного обстеження, що зумовили вибір обсягу операції, з результатами остаточного гістологічного дослідження вилученого препарату. Розподіл хворих за характером ураження тканини ЩЗ подано в табл. 1.

На доопераційному етапі хворі обстежувалися клінічно (анамнез, огляд, пальпація);



Таблиця 1
Розподіл хворих за кількістю і розміром вузлів у щитоподібній залозі

| Розмір вузла | Кількість хворих | % |
|---------------------------------|------------------|-------|
| Одновузлове ураження, см до 0,5 | 222 | |
| більше 0,5–до 1,0 | 1 | 0,2 |
| більше 1,0–до 2,0 | 10 | 2,2 |
| більше 2,0–до 4,0 | 45 | 10,2 |
| Багатовузлове ураження | 166 | 37,3 |
| Дифузне ураження залози | 153 | 34,3 |
| Усього | 70 | 15,8 |
| | 445 | 100,0 |

УЗД проводилося на ехосканері SL-450 фірми "Siemens" з лінійним трансдюсером з частотою 7,5 МГц. За показаннями додаткове дослідження виконувалося на ехосканері "Elegra" фірми "Siemens" з мультичастотним трансдюсером 5–9 МГц у режимі енергетичного та кольорового доплерівського картування.

Пункційна біопсія виконувалася безпосередньо перед операцією: 2–3 пункції сумнівної ділянки проводилися під різними кутами. Пунктати фіксувалися спиртом, забарвлювалися гематоксилін-еозином і піддавалися мікроскопії. Результат дослідження хірург одержував під час операції.

Інтраопераційна діагностика включала візуальну макроскопічну оцінку вилученого

препарату та цитологічне дослідження мазків-відбитків, отриманих з підозрілих ділянок.

Усі хворі оперовані під ендотрахеальним наркозом.

Гістологічне дослідження вилучених препаратів проводилося за допомогою світлової мікроскопії.

Результати дослідження та їх обговорення

Обсяг операції залежав від діагнозу, визначеного на підставі результатів передопераційних та інтраопераційних досліджень.

У клініці прийнята така хірургічна тактика при патології ЩЗ.

1. Доброякісний вузловий зоб:

а) солітарний вузол з максимальним розміром не більше 5 мм у периферичному відділі ЩЗ — резекція частки;

б) солітарний вузол не більше 5 мм поблизу перешийка або вузол понад 5 мм у будь-якому відділі ЩЗ — гемітиреоїдектомія;

в) множинні вузли в одній з часток — гемітиреоїдектомія з перешийком;

г) солітарний вузол у перешийку будь-якого розміру або множинні вузли, що розповсюджуються на перешийок, або множинні вузли в обох частках ЩЗ — субтотальна тиреоїдектомія.

2. Рак щитоподібної залози:

а) вузол менше 5 мм у периферичному відділі ЩЗ — гемітиреоїдектомія з перешийком;

б) вузол менше 5 мм поблизу перешийка або вузол від 5 мм до 2,0 см у будь-якому відділі ЩЗ — субтотальна тиреоїдектомія;

в) вузол більше 2 см або вагомі припущення про медулярний рак — епіфасціальна тиреоїдектомія.

3. Токсичний зоб — залежно від вузлового або дифузного характеру ураження виконується гемітиреоїдектомія або тиреоїдектомія.

4. Хронічний автоімунний тиреоїдит: обсяг операції варіює від резекції частки до тиреоїдектомії залежно від розповсюдження процесу, наявності або розповсюдження стиснення трахеї.

Результати порівняння даних до- й інтраопераційного обстеження з остаточним гістологічним діагнозом подаються в табл. 2.

Виявилося, що діагноз доброякісного вузлового зоба, визначений за результатами клінічних, ультразвукових досліджень і ТАПБ, підтвердився лише у 71,8 % спостережень; у 55 (17,0 %) випадках виявлений РЩЗ, у 30 — автоімунний тиреоїдит, у 6 — токсичний зоб. Тим же часом, перед- та інтраопераційний діагноз РЩЗ результатами гістологічного дослідження підтверджений у 25 хворих з 45 (у 55,5 %), у 15 виявився вузловий зоб, у 3 — автоімунний тиреоїдит, у 2 — токсичний зоб. Діагноз токсичного зоба знайшов гістологічне

Таблиця 2

Клініко-морфологічні зіставлення діагнозу у хворих із хірургічною патологією щитоподібної залози

| При надходженні (клінічний), n = 445 | До операції | | Під час операції | | Остаточний (гістологічний) | | | |
|--------------------------------------|--------------|---------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|-----|-----------------------|---------------|
| | УЗД, n = 284 | ТАПБ, n = 146 | Макроскопічний, n = 445 | Мазок-відбиток, n = 123 | Вузловий зоб | Рак | Автоімунний тиреоїдит | Токсичний зоб |
| Вузловий зоб, n = 323 | *152/49 | 64/49 | 233/90 | 76/23 | 232 | 55 | 30 | 6 |
| Рак, n = 45 | 21/19 | 10/6 | 26/19 | 2/5 | 15 | 25 | 3 | 2 |
| Токсичний зоб, n = 77 | 28/15 | 10/7 | 68/9 | 12/5 | 3 | 4 | 2 | 68 |
| Усього | 201/83 | 84/62 | 327/118 | 90/33 | 250 | 84 | 35 | 76 |

Примітка. * У чисельнику — кількість хворих, в яких можливий діагноз підтверджений відповідним методом дослідження, у знаменнику — кількість неінформативних або сумнівних результатів; УЗД — ультразвукове дослідження; ТАПБ — тонкоіголова аспіраційна пункційна біопсія.



підтвердження в 68 спостереженнях з 77 (у 88,3 %), у 4 виявлений РЩЗ, у 3 — вузловий зоб, у 2 — аутоімунний тиреоїдит. Перед- та інтраопераційний діагноз «аутоімунний тиреоїдит» не було встановлено в жодного хворого, однак за результатами гістологічного дослідження цей діагноз був поставлений 35 хворим.

Таким чином, РЩЗ у 59 спостереженнях з 84 (у 70,2 %) виявлений лише після остаточного гістологічного дослідження, а в 20 пацієнтів з 45 (у 45,5 %) з можливим діагнозом РЩЗ у результаті гістологічного дослідження встановлена інша патологія. У зв'язку з тим, що обсяг оперативного втручання вибирався залежно від результатів перед- та інтраопераційного дослідження, при одержанні остаточного гістологічного висновку з'ясувалося, що обсяг виконаних операцій у деяких пацієнтів не відповідав настановам, прийнятим у клініці.

Зіставлення обсягу оперативного втручання з остаточним гістологічним діагнозом подаються в табл. 3.

З наведених у табл. 2 і 3 даних випливає, що з 45 хворих, оперованих із приводу передбачуваного РЩЗ, у 20 випадках (44,5 %) гістологічно

діагноз не підтверджений, отже, обсяг операції був розширений невиправдано.

У 59 (14,6 %) з 400 пацієнтів, оперованих у зв'язку з передбачуваними доброякісними захворюваннями ЩЗ, гістологічно виявлено рак, отже, у частини з них обсяг операції не відповідав нашим настановам і був недостатнім.

Висновки

1. Традиційно застосовувані до- та інтраопераційні методи дослідження (клінічні, УЗД, ТАПБ, макроскопічна оцінка препарату, цитологічна оцінка мазків-відбитків) не завжди вірогідні.

2. У 79 (17,9 %) із 445 хворих помилки перед- та інтраопераційної діагностики потягли за собою виконання неадекватного обсягу операції.

3. Аналіз результатів диктує необхідність пошуку нових до- та інтраопераційних методів діагностики і диференційної діагностики раку і доброякісних захворювань ЩЗ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шевченко С. И., Тонкоглас А. А., Шевченко Р. С. Сопоставление информативности инструментальных методов исследования при заболеваниях щитовидной железы // Актуальные вопросы гастроэнтеро-

логии и эндокринологии. — Харьков, 2000. — С. 103.

2. Саидова Ф. Х. Причины рецидивирования полинодозного эутиреоидного зоба // Клін. хірургія. — 2005. — № 9. — С. 33-35.

3. Рак щитовидной железы в Смоленской области / С. В. Корнев, В. И. Соловьёв, В. В. Тугай и др. // Рос. онколог. журнал. — 2005. — № 2. — С. 43-46.

4. Деякі тактичні питання хірургічного лікування хворих на вузлові еутиреоїдні форми зоба / О. Г. Бутирський, О. А. Могилястий, О. Ч. Хаджів та ін. // Acta Med. Leopold. — 2005. — Vol. 11, N 4. — P. 92-96.

5. Радиационно-индуцированный патоморфоз эндемического зоба у детей и подростков в очаге йодного дефицита (начальные проявления отдаленных последствий чернобыльской катастрофы) / Е. П. Касаткина, Д. Е. Шилин, В. Н. Матковская и др. // Пробл. эндокринологии. — 1995. — Т. 41, № 3. — С. 17-23.

6. Les methods de diagnostic du cancer thyroïden / B. Raphel, F. Guillet, R. Matte et al. // Union mtd. Can. — 1983. — Vol. 112, N 12. — P. 1108-1110.

7. Friedman M., Toriumi D. M., Maffee M. F. Diagnostic imaging techniques in thyroid cancer // Amer. J. Surg. — 1988. — Vol. 155, N 2. — P. 215-223.

8. Воронецкий И. Б., Курцева Л. С., Зубовский Г. А. Ультразвуковое исследование щитовидной железы с прицельной диагностической пункцией // Мед. радиология. — 1992. — Т. 37, № 2. — С. 22-25.

9. Герасимов Г. А., Трошина Е. А. Дифференциальная диагностика и выбор метода лечения при узловом зобе // Проблемы эндокринологии. — 1998. — № 5. — С. 35-42.

10. Bennedbaek F. N., Hegedus L. The value of ultrasonography in diagnosis and follow-up of subacute thyroiditis // Thyroid. — 1997. — Vol. 7. — P. 45-50.

11. Аденомы щитовидной железы / П. С. Ветшев, К. Е. Чилингарида, Д. И. Габаидзе и др. // Хирургия. — 2005. — № 7. — С. 4-8.

12. Некоторые спорные вопросы верификации и классификации опухолей щитовидной железы / Н. Л. Чазова, Б. Д. Перчук, Н. Н. Гольдбурт и др. // Архив патологии. — 1997. — № 1. — С. 33-36.

13. Гринёва Е. Н. Узловые образования в щитовидной железе // Проблемы эндокринологии. — 2003. — № 6. — С. 59-62.

14. Барчук А. С. Современные подходы к диагностике и лечению

Порівняння обсягу виконаних операцій з остаточним гістологічним діагнозом

Таблиця 3

| Обсяг операції | Остаточний діагноз | | | | |
|--|--------------------|---------|-----------------------|---------------|--------|
| | Вузловий зоб | РЩЗ | Аутоімунний тиреоїдит | Токсичний зоб | Усього |
| Резекція частки | 21 | 2 | 2 | 1 | 26 |
| Гемітиреоїдектомія | 77 | 14 | 9 | 5 | 105 |
| Гемітиреоїдектомія з перешийком | 88 | 27 | 11 | 5 | 131 |
| Гемітиреоїдектомія з резекцією другої частки | 23 | 11 | 6 | 1 | 41 |
| Субтотальна гемітиреоїдектомія | 31 | 15 | 4 | 60 | 110 |
| Тиреоїдектомія | 10 | 15 (5*) | 3 | 4 | 32 |
| Усього | 250 | 84 | 35 | 76 | 445 |

Примітка. * — із них розширені тиреоїдектомії.



рака щитовидної залози // Вопросы онкологии. — 2002. — Т. 48, № 4-5. — С. 544-550.

15. *Arnholdt H.* Intraoperative frozen section examination of thyroid tumors // *Exp. Clin. Endocrinol.* — 1993. — Vol. 101, Suppl. 3. — P. 7-10.

16. *Пачес А. И., Пропп Р. М.* Рак щитовидной железы. — М.: Медицина, 1984. — С. 157.

17. *Hemithyroidectomy on principle in cases of unclear fine needle biopsy and frozen section findings* / J. Jonas, S. Blauch, A. Nagel et al. // *Zentrabl. Chir.* — 2001. — N 12. — P. 964-968.

18. *Bastagli A., de Pasquale L., Schubert L.* Follicular neoplasm of the thyroid: usefulness of extemporaneous histological study of frozen sections // *Ann. Ital. Chir.* — 2001. — N 3. — P. 283-286.

19. *Дооперационная и интраоперационная диагностика хирургических заболеваний щитовидной железы: морфологические аспекты* / И. П. Аветисян, Н. В. Гульчий, А. О. Яровой, А. П. Демидюк // *Клін. хірургія.* — 1999. — № 5. — С. 25-27.

20. *Ким И. В., Кузнецов Н. С., Ванушко В. Э.* Склеротерапия при узловом коллоидном зобе // *Хирургия.* — 2005. — № 9. — С. 14-18.

21. *Беллантоне Р.* Традиційні та відеоендоскопічно контрольовані операції на щитоподібній залозі в лікуванні вузлового зоба // *Клін. ендокринологія та ендокринна хірургія.* — 2003. — №1 (2). — С. 76-77.

22. *Грубнік В. В.* Хірургічні втручання на щитоподібній залозі з застосуванням відеоендоскопічної техніки // *Одес. мед. журнал.* — 2001. — № 4 (66). — С. 8-9.

23. *Видеоассистированные оперативные вмешательства на щитовидной железе* / В. Н. Егиев, С. Р. Кянджунцев, З. О. Алиев, В. М. Капчак // *Хирургия.* — 2002. — № 8. — С. 8-10.

24. *Штода Д. Е., Попандопуло Г. Д., Михайличенко В. Ю.* Хирургическая тактика при солитарных узловых образованиях щитовидной железы // *Матеріали XXI з'їзду хірургів України, Запоріжжя 5-7 жовтня 2005.* — Т. 2. — С. 273-274.

25. *Брилинський О. Р.* Аналіз структури патології при багато- і одновузловому зобі // *Acta Med. Leopold.* — 2005. — Vol. 11, N 4. — P. 97-100.

26. *Павловський М. П., Коломійцев В. І., Сироїд О. М.* Тиреоїдектомія в лікуванні пацієнтів із доброякісними захворюваннями щитоподібної залози // *Acta Med. Leopold.* — 2005. — Vol. 11, N 4. — P. 116-120.

27. *Порівняльні результати екстрафасціальних і субфасціальних тиреоїдектомій у хірургічному лікуванні диференційованого раку щитоподібної залози* / С. М. Черненко, А. С. Ларін, В. А. Паламарчук та ін. // *Одес. мед. журнал.* — 2001. — № 4. — С. 37-39.

28. *Горобейко М. Б., Паламарчук В. О.* До питання відповідності сучасним міжнародним протоколам тактики лікування диференційованого раку щитоподібної залози в Україні // *Матеріали XXI з'їзду хірургів України, Запоріжжя 5-7 жовтня 2005.* — Т. 2. — С. 214-216.

УДК 616.127-089-06:616.1]-08

О. В. Беляков, В. Т. Селиваненко, М. В. Руденко,
П. І. Пустовойт, О. В. Добруха, В. М. Янак

ВПЛИВ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ НА ПОКАЗНИКИ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В НАЙБЛИЖЧОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ ІЗ СУПРОВІДНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Одеський державний медичний університет

Нині в найближчому післяопераційному періоді формування у хворих синдрому малого серцевого викиду залишається частим явищем [3]. При цьому для своєчасної та точної діагностики дослідники все більше уваги приділяють змінам показників внутрішньосерцевої гемодинаміки [3; 4; 7]. Встановлено, що через анатомічну будову міокарда порушення процесу розслаблення міокарда правого шлуночка відбувається в більш ранні терміни, ніж лівого шлуночка, що

має велике діагностичне значення [1; 5; 6]. Це дозволяє своєчасно встановити форму компенсаторної гіперфункції міокарда, кількісно оцінити порушення, що виникли, й ефективно використати кардіальну терапію [2; 6]. Разом із цим відомо, що одним з основних факторів, які порушують механізм Старлінга, є гіпертрофія серцевого м'яза. Тому під час лікування хворих потрібно враховувати в анамнезі наявність супровідної гіпертонічної хвороби [6]. Для корекції

артеріальної гіпертензії та пульсальної функції міокарда сьогодні широко використовуються блокатори кальцієвих каналів [7]. Тим більше, що вивчення динамічних змін показників внутрішньосерцевої гемодинаміки і насосної функції серця з використанням вказаних препаратів у найближчому післяопераційному періоді не проводилося.

Метою роботи було вивчити динаміку діастолічних показників міокарда на фоні використання блокатора каль-

