

Ф.Д. ЕВЧЕВ, А.Ф. ЕВЧЕВА, Д.Ф. ЕВЧЕВ

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Одес. нац. мед. ун-т (ректор – акад. НАМН Украины В.Н. Запорожан)

Еще не стихли дебаты по поводу последних рекомендаций Американской тиреоидной ассоциации (2006), Европейской тиреоидной ассоциации по ведению пациентов с дифференцированным тиреоидным раком и узлами щитовидной железы (ЩЖ), а также уточнения разногласий между ними. В 2010 г. было опубликовано совместное консенсусное руководство по клинической диагностике и лечению пациентов с узлами ЩЖ.

Интерес к проблеме узлового зоба не уменьшается в связи с огромной распространенностью узловых поражений ЩЖ, с укоренившимися заблуждениями в диагностике и лечении, с пересмотром показаний к гормональным и инвазивным исследованиям, а также произвольным определением показаний к операции [1, 3, 8].

В Украине сохраняется рост количества тиреоидной патологии среди населения, выявленной пальпаторным и ультразвуковым исследованием, которая приобрела не только медицинское, но и социальное значение [4, 8]. Основной клинический диагноз заболевания ЩЖ отражает увеличение ее объема в виде очагового или диффузного поражения. В клиническое понятие «диффузное увеличение щитовидной железы» входят органические поражения – гипер- или гипотиреоз щитовидной железы, а в понятие «узловой зоб» включаются все очаговые органические поражения железы: узловой коллоидный зоб, фолликулярная аденома щитовидной железы, хронический тиреоидит, киста, фолликулярный или папиллярный рак, дермоид, туберкулез и метастазы рака других локализаций [4].

Распространенность диффузного токсического зоба в общей популяции достигает 1-2% у женщин в возрасте от 20 до 50

лет. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:4-1:7. Кроме того, тиреоидные узлы, определяемые у пожилых женщин и лиц проживающих в условиях йодной недостаточности, встречаются часто [5]. В США ежегодно выявляется около 300 тыс. новых носителей узлов в ЩЖ.

Хронический аутоиммунный тиреоидит, который сопровождается выраженной лимфоидной инфильтрацией и деструкцией тиреоцитов или избыточной продукцией тиреоидных гормонов, встречается у 3-11% населения. Диффузное увеличение щитовидной железы (диффузный зоб) с сохранением ее функции наблюдается достаточно часто в молодом возрасте (от 13 до 28 лет) и чаще у женщин. Как правило, это диффузный нетоксический спорадический зоб, который должен являться объектом наблюдения и лечения только у эндокринолога.

Заболеваемость узловым зобом составляет 30-40 человек на 100 000 населения (Канцереестр Украины) [8].

Показания к выбору метода лечения таких больных хирургами и эндокринологами сегодня оцениваются по-разному. Вопрос выбора показаний к адекватному лечению пациентов узловатыми формами зоба является актуальным не только в Украине, но и во всем мире. Сегодня встречающееся сочетание «диффузное увеличение ЩЖ и узловые образования» считается дискуссионным в выборе метода лечения [5-7].

Как правило, увеличение и изменение формы ЩЖ с наличием узловых образований хирургами расценивается как хирургическая проблема, и вопрос ставится только о хирургическом вмешательстве. В свою очередь, эндокринологи считают, что при нарушении функции в виде гипер- или ги-

потиреоза и даже с наличием узлов, следует проводить консервативную заместительную терапию, направленную на восстановление функции щитовидной железы. Правда, от этих подходов не всегда выигрывает больной, так как не учитывается выраженность клинической семиотики.

Поэтому вопрос рационального подхода к лечению пациентов с патологией ЩЖ остается актуальным и зависит от выраженности, длительности клинической семиотики и в достаточной степени – от информативной диагностики.

Цель исследования – определение показаний к хирургическому вмешательству при патологии щитовидной железы на основе комплексной семиотики: клиники, оценки гормонального фона, данных ультразвукового и морфологического исследования.

Материал и методы

В группу обследования и лечения включено 30 женщин с различными формами и размерами узлового зоба ЩЖ, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-онкоотделении 11 ГКБ с 2010 по 2015 гг.

Из них было 20 (66,6%) пациенток с впервые выявленной патологией ЩЖ в виде узлового зоба и 10 (33,4%) с рецидивным узловым зобом, которые перенесли хирургическое вмешательство в сроки от 6 до 8 лет назад.

На основании длительности и интенсивности клинической семиотики сформированы две группы больных, которые подлежали хирургическому вмешательству. В 1-й группе (n=16) определялись большие размеры диффузного зоба с узловыми образованиями (до 1,5 см), вызывающие компрессию трахеи и п. Vagus. Во 2-й группе (n=14) отмечались узловые образования ЩЖ различных размеров (от 0,5 до 2-3 см), сопровождавшиеся сдавлением трахеи и п. Vagus.

Все пациенты дали согласие на хирургическое вмешательство, которое осуществлялось классическим доступом. Его объем зависел от интраоперационной находки, а ведение послеоперационного периода – от клинической семиотики и степени гипотиреоза.

До операции больные предъявляли жалобы на ощущение комка в глотке, приступы затрудненного глотания и дыхания, дисфонию, поперхивание при приеме пищи, а также отмечали повышенную раздражительность. У 100 % обследованных определялась в разной степени деформация внешних контуров шеи. При непрямой ларингоскопии у 7 (23,3%) лиц с большими узлами левой доли ЩЖ наблюдался парез левой половины гортани, а у 6 (20%) – легкое отставание гортани при фонации на стороне поражения щитовидной железы.

С целью диагностики состояния ЩЖ и выявления возможных признаков злокачественного образования у обследуемых больных применялись субъективные и объективные методы исследования:

- анамнез пациента (токсические симптомы вследствие избыточной продукции тиреоидных гормонов или после облучение головы и органов шеи;

- УЗИ позволило определить дифференцировку структуры железы, количество и размеры узловых образований, их отношение к самой железе и окружающим органам, а проведение тонкоигольной пункционной биопсии под контролем УЗИ дало возможность выявить морфологические изменения в ткани узлового поражения.

Из 30 больных у 16 (53,3%) диагностирован узловой зоб одной доли с признаками гиперплазии ЩЖ, а у 14 (46,7%) – узловой зоб обеих долей ЩЖ и перешейка; при множественных узлах в связи с возможной злокачественностью детализировались их признаки (наличие гипоехогенности, неровных и нечетких краев, микрокальцификаты и хаотическая интранодулярная васкуляризация); у обследуемых лиц признаков злокачественности обнаружено не было; и, наконец, определялось содержание **тиреотропного гормона** (ТТГ) в крови, которое отражает функцию железы и общее состояние организма пациента. Уровень ТТГ в крови пациентов 1-й группы превышал 4,0 мЕд/л, что соответствует гипотиреозу. Эти больные получали заместительную терапию L-T4 в течение более 3-5 лет. Уровень ТТГ в крови у обследуемых 2-й группы был от 0,1 до 2,5 мЕд/л. Этим пациентам заместительная терапия не требовалась.

В трех наблюдениях, когда ТТГ был ниже нормы, исследовалось содержание свободного тироксина, общего или свободного трийодтиронина. Если его уровень был повышен, то исследовался показатель свободного тироксина и антител к тиреоидной пероксидазе. Кроме того, у всех пациенток изучалось содержание базального кальцитонина крови для раннего выявления медуллярного рака ЩЖ.

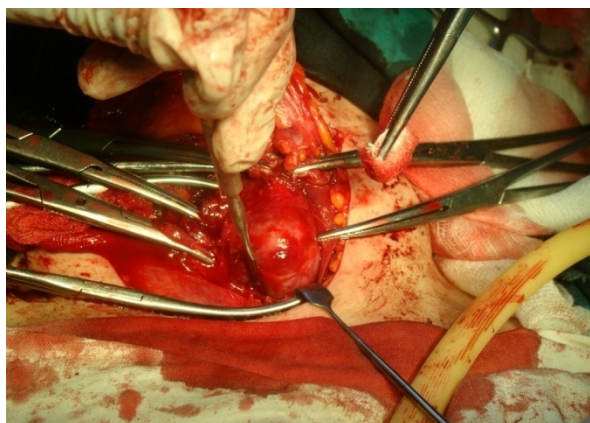


Рис. 1. Выделение и резекция узлового образования левой доли ЩЖ.

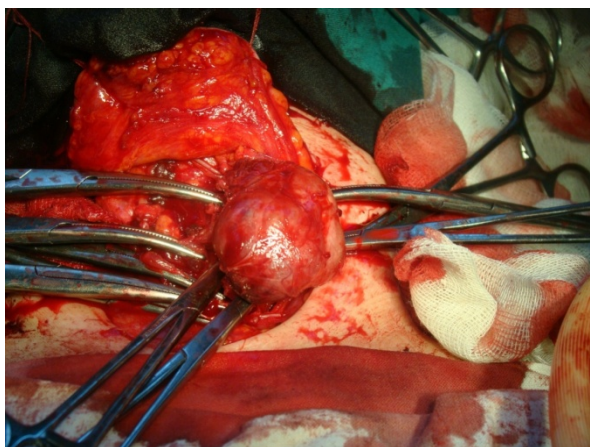


Рис. 2. Выделение узла левой доли и перешейка ЩЖ.

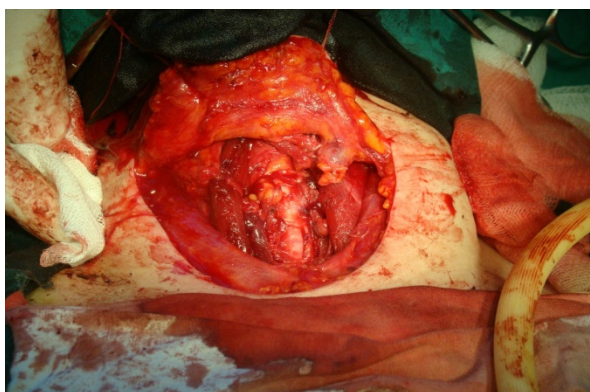


Рис.3.Общий вид послеоперационной раны (зона резецированной левой доли и перешейка ЩЖ).

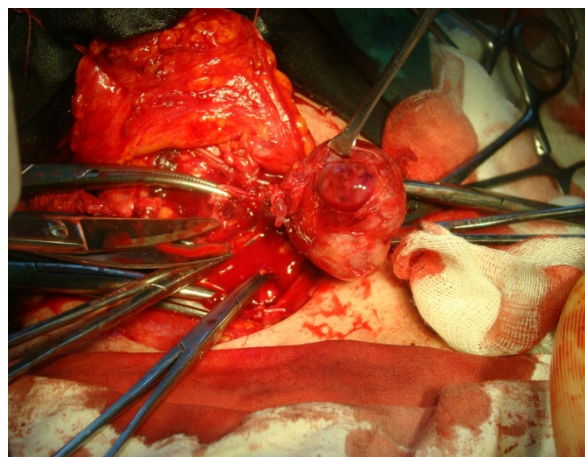


Рис. 4. Выделенный узел с окружающей тканью ЩЖ.



Рис. 5. Макропрепарат. Удаленный узел с тканью ЩЖ.

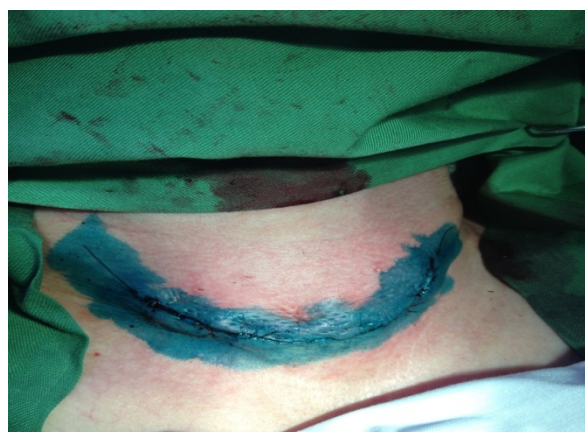


Рис. 6. Общий вид послеоперационной раны.

Окончательный диагноз патологии ЩЖ определялся после гистологического исследования макропрепаратов.

Органосохраняющее хирургическое вмешательство с выделением узловых образований и резекцией измененной, но с со-

хранением участков неизменной тиреоидной ткани проведено у 16 больных с поражением одной доли и перешейка ЩЖ в виде гемитириоидэктомии (рис. 1, 2, 3).

У 14 обследуемых в связи с узловым поражением обеих долей ЩЖ и перешейка выполнялась тиреоидэктомия, но во всех случаях оставались неизменные участки железы в боковых частях обеих долей для возможной компенсации гормональной функции (рис. 4, 5). Пациенты до операции были консультированы эндокринологом и наблюдались после операции в эндокринологическом диспансере.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен анализ результатов обследования и лечения 30 пациенток с узловым зобом ЩЖ. Объективные показания к операции при узловых формах зоба складывались по результатам клинической семиотики, УЗИ и данных цитологического исследования очаговых поражений ЩЖ с выявлением их реальной онкологической опасности. У 13 (43,3%) лиц с узловым зобом ЩЖ, размеры которых были больше 1,5 и 2 см, клинически наблюдалась выраженная раздражительность, наличие «комка в глотке» и дисфония, несмотря на то, что содержание тиреотропного гормона в крови (ТТГ) было в пределах нормы и составило 0,1-2,5 мЕд/л.

Цитологическое исследование у 12 (40%) обследованных было не информативным, так как в исследуемом материале отсутствовали хорошо сохранившиеся клетки тиреоидного эпителия, вероятно, за счет неадекватного забора материала. У 18 (60%) лиц цитологические исследования выявили коллоидные или гиперпластические узлы.

Послеоперационная морфология у 6 больных – плеоморфная аденома, у 14 – микромакрофолликулярный коллоидный зоб с явлениями фолликулярной аденоматозной гиперплазии, а у 10 – морфологическая характеристика нетоксического макрофолликулярного зоба без признаков базе-

дофикации с дистрофическими изменениями в виде кровоизлияний и фиброза.

Хирургическое вмешательство заключалось в интраоперационной визуализации, мобилизации и выделении узлового образования с включением в удаляемый блок измененной ткани железы и сохранением возвратного нерва для исключения грозных осложнений – паралича гортани. Этапы операции показаны на рис. 1, 2, 3, 4, 5. Хирургическое вмешательство заканчивалось наложением косметического шва (рис. 6). Послеоперационный период протекал без осложнений, пребывание в стационаре составило 5-6 койко-дней. У 13 пациентов клинические проявления пареза гортани в виде отставания соответствующей половины гортани при фонации были компенсированы.

Таким образом, показанием к хирургическому вмешательству у наших больных служили: анамнез, неэффективность длительной гормонотерапии, данные ультразвукового исследования (наличие узловых образований) и цитологического заключения (коллоидные или гиперпластические узлы), и выраженная клиническая симптоматика (симптомы сдавления трахеи и n. vagus) с учетом уровня ТТГ.

Выводы

1. Показаниями для тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии под контролем УЗИ явилось наличие узлов размером больше 1 см солидного и гипоехогенного строения.

2. Хирургическое вмешательство у 100% больных с узловым зобом ЩЖ было малотравматичным, функциональным и с хорошим косметическим результатом.

3. Интраоперационная визуализация возвратных нервов позволила провести хирургическое вмешательство у 100% больных без осложнений.

4. Наблюдение в течение 5-лет показало отсутствие рецидива заболевания и клинических симптомов, наблюдаемых до операции.

Литература

1. Балаболкин М.И. решенные и нерешенные вопросы эндемического зоба и йоддефицитных состояний (лекция) // Проблемы эндокринологии. – 2005; 4(51): 31-37.
2. Безруков О.П. Гігієнічні аспекти формування захворювань щитоподібної залози в Кримському регіоні, їх профілактика та лікування: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Київ, 2010. – 26 с.
3. Боднар П.М. Йоддефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема. Лік. справа // Врачеб. дело. – 2001; 3(47): 8-10.
4. Дедов И.И., Трошина Е.А., Антонова С.С. и соавт. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы: состояние проблемы // Пробл. Эндокринологии. – 2002; 2(48): 6-13.
5. Нетер Ф. Атлас анатомии человека / Под ред. Н.О. Борташа; Пер. с англ. А.П. Киселева. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2003 г.
6. Николаев А.Н. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Учебник. – Москва: ГЭОТАР – МЕДИА, 2009. – 2-е изд. исправленное и дополненное, I и II том.
7. Олден Х. Каркен, Эрнест Э. Мур. Секреты хирургии. Перевод с английского. – М.: Издательство Бином, 2004 г.
8. Панькив В.И., Каминский А.В. Чернобыль, йодный дефицит и здоровье нации. Здоров'я України. – 2011; 8(261): 22-24.

References

1. Balabolkin MI. Solved and unsolved problems of endemic goiter and iodine deficiency states (lecture). Problemy endokrinologii. 2005;51(4):31-7. Russian.
2. Bezrukov OP. Hygienic aspects of thyroid disease in the Crimean region, their prevention and treatment [dissertation]. Kyi'v; 2010. 26 p. Ukrainian.
3. Bodnar PM. Iodine deficiency disorders - urgent medical and social problem. Lik Sprava. 2001;47(3): 8-10.
4. Dedov II, Troshina EA, Antonova SS. Autoimmune thyroid disease: state of the problem. Probl Endokrinologii. 2002;48(2):6-13. Russian.
5. Neter F. Atlas of Human Anatomy. Bortash NO, editor. Moskow: GEOTAR-MEDIA; 2003. Russian.
6. Nikolaev AN. Topographic anatomy and operative surgery. Textbook. Moskow: GEOTAR-MEDIA; 2009. Russian.
7. Olden Kh Karken, Ernest E Mur. Surgery Secrets. Translated from English. Moskow: Binom; 2004. Russian.
8. Pan'kiv VI, Kaminskii AV. Chernobyl, iodine deficiency and the health of the nation. Zdorov'ya Ukrai'ny. 2011;261(8):22-4. Russian.

Поступила в редакцию 21.10.15.

© Ф.Д. Евчев, А.Ф. Евчева, Д.Ф. Евчев, 2015

ВИБІР СПОСІБА ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВИХ УТВОРЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Євчев Ф.Д., Євчева А.Ф., Євчев Д.Ф. (Одеса)

А н о т а ц і я

Стан проблеми. Інтерес до проблеми вузлового зобу не зменшується у зв'язку з великою розповсюдженістю вузлових уражень ЩЗ, із застійними помилками в діагностиці та лікуванні, з переоглядом показань гормонального та інвазійного дослідження, а також з вільним визначенням показань до операції. Питання вибору показань до адекватного лікування хворих з вузловими формами зобу є актуальним не тільки в Україні, але й в усьому світі. На теперішній час зустрічається сполучення «дифузне збільшення ЩЗ і вузлові утворення», яке є дискусійним у виборі метода лікування.

Мета роботи – визначення показань до хірургічного втручання при патології щитоподібної залози на основі комплексної семіотики: клініки, оцінки гормонального фону, даних ультразвукового та морфологічного дослідження.

Матеріал та методи. На основі пролонгованої та інтенсивної клінічної семіотики сформовані дві групи пацієнтів, які підлягали хірургічному втручанню. В 1-й групі (n=16) визначалися великі розміри дифузного зобу з вузловими утвореннями до 1,5 см, але викликаючими компресію трахеї та n. vagus; в 2-й групі (n=14) виявлено вузлові утворення ЩЗ різних розмірів (від 0,5 до 2-3 см), але вони також супроводжувались компресією трахеї та n. vagus.

У 100 % хворих визначалися деформації зовнішніх контурів шиї в різному ступені. При ларингоскопії у 7 (23,3%) обстежених з великими вузлами лівої долі ЩЗ спостерігався парез лівої половини гортані, а у 6 (20%) – легке відставання рухливості гортані при фонації на стороні ураження щитоподібної залози.

Результати. Хірургічне втручання полягало в інтраопераційній візуалізації, мобілізації та виділенні вузлового утворення з включенням у видалений блок зміненої тканини залози та із збереженням зворотного нерва для виключення тяжких ускладнень – параліча гортані.

Післяопераційний період мав перебіг без ускладнень, перебування хворих у стаціонарі складало 5-6 койко-днів. У 13 пацієнтів клінічні прояви параліча гортані у вигляді відставання половини гортані при фонації були компенсовані.

Висновки. Показанням до хірургічному втручання хворих з патологією щитоподібної залози служили: анамнез, неефективність пролонгованої гормонотерапії, дані ультразвукового дослідження (наявність вузлових утворень), цитологічне заключення (колоїдні або гіперпластичні вузли) та клінічна симптоматика (симптоми компресії трахеї і n. vagus) з урахуванням рівня ТТГ.

Ключові слова: щитоподібна залоза, вузлова патологія, хірургічне втручання.

CHOICE OF THE THYROID NODULES MANAGEMENT

Yevchev F.D., Yevcheva A.F., Yevchev D.F.

Odessa National Medical University; e-mail: yevchev55@mail.ru

Abstract

Status of problem. The interest to the problem of nodular goiter is not reducing due to the enormous prevalence of nodular thyroid lesions, due to the rooted misconceptions in diagnosis and treatment, due to updates of the indications for hormonal and invasive research, as well as an arbitrary definition of indications for surgery.

Choosing the indications for adequate treatment of nodular goiter forms is urgent not only in Ukraine but all over the world.

The aim. Our purpose is to determine the indications for surgical treatment of thyroid disease on the basis of complex semiotics: clinical examination of the patient, hormonal evaluation, ultrasound data and morphological study.

Materials and Methods. On the basis of the duration and intensity of clinical semiotics two groups of patients for surgical treatment were formed. The first group (n = 16) of patients was the group with larger sizes of diffuse goiter with nodules (up to 1.5 cm) causing compression of the trachea and n. vagus. And the second group (n = 14) of patients was the group with thyroid nodules by various sizes (from 0.5 to 2.3 cm) accompanied with a compression of the trachea and n. vagus.

100% of patients had the deformations of external contours of the neck in different degrees. During indirect laryngoscopy 7 (23.3%) patients with large left lobe of thyroid nodes had paresis of the left half of the larynx, and 6 (20%) patients had a slight lag in the larynx during phonation on the affected side of the thyroid gland.

Results. The surgical treatment consisted of intraoperative visualization, mobilization and allocation of thyroid nodule with the inclusion in a removable unit the altered tissue of gland and preservation of recurrent laryngeal nerve in order to avoid severe complication – paralysis of the larynx.

The postoperative period was uneventful, the hospital stay lasted 5-6 days. In 13 patients the clinical manifestations of laryngeal paresis in form of vocal cord mobility lag during phonation were compensated.

Conclusions. The indication for surgery for our patients were: the history, the inefficiency of long-term hormone replacement therapy, the ultrasound examination (presence of nodules), the cytology data (colloidal or hyperplastic nodes) and severe clinical symptoms (the symptoms of compression of the trachea and n. vagus), taking into account the level of thyroid stimulating hormone (TSH).

Key words: thyroid gland, nodular pathology, surgical treatment.