

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.441-006.5-089.166: 008

МОДЕРНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ УЗЛОВЫХ ФОРМАХ ЗОБА

Ю. В. Волков², М. Ф. Заривчацкий¹, С. А. Блинов¹, С. А. Денисов^{1}*

¹ Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера,

² Пермский краевой онкологический диспансер, Россия

MODERNIZATION OF SURGICAL TACTICS IN NODULAR GOITER FORMS

Yu. V. Volkov², M. F. Zariwchatsky¹, S. A. Blinov¹, S. A. Denisov^{1}*

¹ Perm State Academy of Medicine named after Academician E. A. Wagner,

² Perm Regional Oncological Dispensary, Russia

Цель. Улучшить результаты лечения больных с узловыми новообразованиями щитовидной железы путём модернизации хирургической тактики.

Материалы и методы. Настоящее исследование проведено на базе Клинической медико-санитарной части № 1 г. Перми и Пермского краевого онкологического диспансера и включало ретроспективный анализ работы в период с 2009 по 2011 г. За это время амбулаторно проконсультировано 4360 больных, из них повторно – 44%. Гендерный состав: 298 (6,8%) мужчин и 4062 (93,2%) женщины (соотношение женщины/мужчины – 9,6/1). Возраст пациентов колебался от 15 до 82 лет. Пик выявления узлового зоба связан с возрастом от 41 до 50 лет (36,3%). Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 40 лет.

Результаты. Важным аспектом является постоянный динамический контроль за пациентами с узловыми образованиями, для чего проводили диспансеризацию этой категории больных с регулярным осмотром хирургом и эндокринологом с интервалами от 6 до 12 месяцев. 918 (21,1%) больным было проведено хирургическое лечение с последующим гистологическим исследованием. Выполнены следующие операции: субтотальная резекция щитовидной железы – у 48% больных, тиреоидэктомия – у 4%, гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка – у 32%, субтотальная резекция доли щитовидной железы – у 16%.

Выводы. Использование комплекса лечебно-диагностических мероприятий, модернизация показаний к хирургическому лечению позволили уменьшить количество хирургических вмешательств на щитовидной железе по поводу узловых её поражений. Рациональная тактика лечения узловых образований щитовидной железы возможна при создании отделений эндокринной хирургии с обязательным специализированным поликлиническим приёмом, позволяющим отбирать больных для проведения хирургического лечения, осуществлять динамическое наблюдение за ними и проводить консервативное лечение.

Ключевые слова. Узловой зоб, рак щитовидной железы, тиреоидэктомия.

© Волков Ю. В., Заривчацкий М. Ф., Блинов С. А., Денисов С. А., 2013

e-mail: endo2008@mail.ru

тел. 8 (342) 263 33 32

[Денисов С. А. (*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней медико-профилактического факультета с курсом гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС; Волков Ю. В. – хирург-онколог, ординатор отделения головы и шеи; Заривчацкий М. Ф. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней медико-профилактического факультета с курсом гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС; Блинов С. А. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней медико-профилактического факультета с курсом гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС].

Aim. To improve the results of treatment of patients with nodular thyroid neoplasms by means of modernizing surgical tactics.

Materials and methods. The study was carried out at Perm Medical Unit № 1 and Perm Regional Oncological Dispensary; it is presented by retrospective analysis of work over the period from 2009 to 2011. During this period, 4360 patients including 44% of repeated ones were consulted annually. Gender composition: 298 (6,8%) men and 4062 (93,2%) women (women/men ratio – 9,6/1). Patients' age ranged from 15 to 82. Peak of detecting nodular goiter fell to the age group from 41 to 50 years old (36,3%). Duration of disease was from 1 to 40 years.

Results. An important aspect is constant dynamic control of patients with nodular neoplasms aimed at dispensary examination of this category of patients including regular examination by surgeon and endocrinologist with the interval from 6 to 12 months. Nine hundred and eighteen (21,1%) patients underwent surgical treatment with subsequent histological investigation. The following operations were performed: subtotal thyroid resection – in 48% of patients, thyroidectomy – 4%, hemithyroidectomy with isthmus resection – 32%, subtotal resection of thyroid lobe – 16%.

Conclusion. Complex of treatment and diagnostic measures, modernization of indications to surgical treatment permitted to reduce the number of thyroid surgeries for nodular lesions to 25% of the examined patients. Rational tactics for treatment of thyroid “nodular neoplasms” is possible when creating endocrine surgery units with obligatory specialized polyclinic reception allowing to choose patients for surgical treatment, follow them up and conduct conservative treatment.

Key words. Nodular goiter, thyroid cancer, thyroidectomy.

ВВЕДЕНИЕ

Узловые образования щитовидной железы широко распространены среди населения Пермского края, их доля составляет от 8 до 12% нозологических единиц эндокринной патологии [1–3]. Они имеют разнообразную морфологическую структуру и клинические проявления. В связи с этим термин «узловой зоб» может использоваться только до постановки окончательного клинического диагноза. До 80–95% узловой патологии щитовидной железы приходится на доброкачественные новообразования, и лишь 2–5% являются злокачественными. Комплексный диагностический подход позволяет выделить синдром узлового поражения и динамически проследить изменения в паренхиме щитовидной железы, что дает возможность вовремя выполнить адекватное хирургическое пособие [4, 5].

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с узловыми новообразованиями щитовидной железы путём модернизации хирургической тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностический алгоритм включал в себя анализ жалоб больного, объективного статуса, результатов тонкоигольной аспирационной биопсии, сонографическое исследование, исследование гормонов и антител (ТТГ, Т_{4св}, АТ-ТПО), скintiграфию щитовидной железы. При выявлении гипертиреоза больные лечились в эндокринологическом отделении.

Настоящее исследование проведено на базе Клинической медико-санитарной части № 1 г. Перми и Пермского краевого онкологического диспансера и основано на ретроспективном анализе работы в период с 2009 по 2011 г. За это время амбулаторно проконсультировано 4360 больных, из них повторно – 44%.

Гендерный состав: 298 (6,8%) мужчин и 4062 (93,2%) женщины (соотношение женщины/мужчины – 9,6/1). Возраст пациентов колебался от 15 до 82 лет. Пик выявления узлового зоба связан с возрастной группой лиц от 41 до 50 лет (36,3%). Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 40 лет.

Чаще других выявлялся мононодозный зоб (41%), затем полинодозный (30%), узловая форма аутоиммунного тиреоидита встречалась в 16% случаев, токсическая аденома и полинодозный токсический зоб – в 6%, рецидивный зоб – в 4%, кисты – в 3%, рак – в 2%.

Коморбидная патология в основном была представлена кардиальной (43,4%), сочетание с сахарным диабетом выявлено у 4,3% пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Больные предъявляли следующие жалобы: наличие узла в области щитовидной железы – 63%, чувство давления в области шеи – 29%, затруднённое глотание – 16%, затруднённое дыхание – 9%, раздражительность – 8%, потливость – 15%.

Сонографическое исследование щитовидной железы даёт возможность дифференцировать ее истинный узел от инфильтрации ткани, определить его структуру (кистозная, солидная, смешанная) и размеры, уточнить взаимоотношение с другими органами и тканями (гортаноглотка, пищевод, трахея, сосудисто-нервный пучок, мышцы и т.д.), выявить увеличение и изменение структуры регионарных лимфоузлов, оценить регрессию узла под влиянием лечения левотироксином, провести прицельную пункционную биопсию. Полинодозный зоб выявлен у 48% пациентов, мононодозный – у 52%.

Комплекс гормональных исследований позволяет уточнить функциональное состояние щитовидной железы, выбор адекватной дозы медикаментозной терапии при положительном решении вопроса о консервативном лечении и служит для целей динамического контроля. У 6% больных выявлен гипертиреоз, у 14% – гипотиреоз.

При определении на амбулаторном этапе токсической аденомы или многоузлового токсического зоба решался вопрос о лечебной тактике. При легкой форме тиреотокси-

коза предоперационную подготовку с использованием адекватного медикаментозного комплекса проводили амбулаторно, а после достижения эутиреоидного состояния больной направлялся в центр хирургической эндокринологии. При среднетяжелой и тяжелой формах тиреотоксикоза предоперационную подготовку проводили в специализированном эндокринологическом отделении и после достижения эутиреоидного состояния больного переводили в хирургическое отделение.

Тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (ТАБ) щитовидной железы способствует уточнению цитологических особенностей ткани (наличие или отсутствие злокачественного роста, метаплазии, признаков воспаления, лимфоидной инфильтрации и т.д.). Мы придерживались следующего правила: пунктировали только пальпируемые узлы. Пациентов с непальпируемыми узлами (диаметром меньше 1 см) наблюдали и проводили пункции только при наличии УЗ-признаков злокачественности (рост узла за капсулу, неровные контуры узла, кальцификаты). Аспирационную биопсию из двух точек выполняли после УЗИ маркировки узла. Процедура не имеет серьёзных осложнений и проводится без анестезии. Цитологический материал, полученный при ТАБ, делили на 4 категории: доброкачественные изменения (88%); злокачественные и подозрительные на злокачественные изменения (2%); воспалительные изменения (8%); недостаточный для цитологического исследования материал (2%). Доброкачественные изменения включали в себя: коллоидный зоб – 19%, фолликулярный зоб – 62%, кисты – 3%. Ткань нормальной щитовидной железы обнаружена в 16% случаев. Воспалительные изменения были представлены подострым тиреоидитом (8%) и аутоиммунным тиреоидитом (92%).

Радиоизотопная скintiграфия щитовидной железы позволяет уточнить функциональную активность узлового образова-

ния и интактной ткани железы, определить характер накопления и распределения в ней изотопа (равномерное или неравномерное). Сканирование выполнено 198 больным: «холодный» узел выявлен в 62% случаев, «горячий» узел – в 12%, «тёплый» – в 26%.

Важным аспектом является постоянный динамический контроль за пациентами с узловыми образованиями, для этого проводили диспансеризацию этой категории больных с регулярным осмотром хирургом и эндокринологом с интервалами от 6 до 12 месяцев.

Всё это позволило сформулировать абсолютные и относительные показания к оперативному лечению пациентов с узловым зобом.

I. Абсолютные показания: 1. Злокачественная неоплазия по данным клинической картины, подтверждённая цитологическим исследованием. 2. Аденома щитовидной железы, подтверждённая цитологическим исследованием. 3. Быстрый рост узлов с развитием компрессионного синдрома органов шеи.

II. Относительные показания: 1. Наличие косметического дефекта. 2. Умеренный рост узла (узлов) при настоятельной просьбе пациента.

918 (21,1%) больным было проведено хирургическое лечение с последующим гистологическим исследованием. У 576 (62,8%) выявлен фолликулярный зоб, у 214 (23,3%) – фолликулярная аденома, у 76 (8,3%) – аутоиммунный тиреоидит, у 26 (2,9%) – киста щитовидной железы, фолликулярный рак щитовидной железы – у 25 (2,7%).

Выполнены следующие операции: субтотальная резекция щитовидной железы – у 48% больных, тиреоидэктомия – у 4%, гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка – у 32%, субтотальная резекция доли щитовидной железы – у 16%.

Выводы

1. Использование комплекса лечебно-диагностических мероприятий, модерни-

зация показаний к хирургическому лечению позволили уменьшить количество хирургических вмешательств на щитовидной железе по поводу узловых её поражений до 25%.

2. Рациональная тактика лечения узловых образований щитовидной железы возможна при создании отделений эндокринной хирургии с обязательным специализированным поликлиническим приёмом, позволяющим отбирать больных для проведения хирургического лечения, осуществлять динамическое наблюдение за ними и проводить консервативное лечение.

Библиографический список

1. *Заривчацкий М. Ф.* Система интраоперационной и периоперационной безопасности при хирургическом лечении доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Вестник хирургии им. И. И. Грекова (юбилейный выпуск) 2010; 169 (1): 77–79.
2. *Заривчацкий М. Ф., Хаятулла, Денисов С. А., Блинов С. А.* Диагностика, лечение, профилактика интраоперационных и периоперационных осложнений при хирургическом лечении доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Пермский медицинский журнал 2009; 26 (4): 14–18.
3. *Заривчацкий М. Ф., Блинов С. А., Денисов С. А., Шварц А. Н., Иванов С. И.* Диагностическая и лечебная тактика при узловых формах зоба. Актуальные вопросы эндокринной хирургии, хирургической гепатологии и трансфузионной медицины / ПГМА Минздрава России. Пермь 2003; 69–74.
4. *Калинин А. П.* Хирургическая эндокринология. СПб.: Питер 2004; 960.
5. *Романчишен А. Ф.* Хирургия щитовидной и околощитовидных желёз. СПб.: Вести 2009; 648.

Материал поступил в редакцию 12.01.2013