

тов с БГ. Результаты исследования позволяют считать повышение уровня АТ р-ТТГ самостоятельным маркером отдаленных результатов РИТ.

Выводы

1. Аутоиммунный вариант тиреотоксикоза, обусловленный болезнью Грейвса, требует назначения

более высоких активностей ^{131}I в сравнении с функциональной автономией на фоне МУТЗ.

2. Основными предикторами отдаленных результатов РИТ является объем ЩЖ для обоих вариантов тиреотоксикоза и уровень антител к рецептору тиреотропного гормона при тиреотоксикозе аутоиммунного генеза, обусловленном болезнью Грейвса.

Литература

1. Абрамова Н.А., Фадеев В.В. Консервативное лечение болезни Грейвса: принципы, маркеры рецидива и ремиссии // Проблемы эндокринологии. – 2005. – Т. 51, № 6. – С. 44–48.

2. Фадеев В.В. и др. Отдаленные результаты лечения токсического зоба радиоактивным йодом // Проблемы эндокринологии. – 2005. – Т. 51. – № 1. – С. 6.

3. Масалова Н.Н., Захаренко Р.В. Эффективность радиойодтерапии тиреотоксикоза методом двухэтапного курса с использованием стандартной активности ^{131}I // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 87–89.

4. Цыб А.Ф., Древаль А.В., и др. Радиойодтерапия тиреотоксикоза: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 152–154.

5. Alexander E., Larsen P.R. High dose I therapy for the treatment of hyperthyroidism caused by Graves disease // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2002. – Vol. 87. – P. 1073–1077.

6. Farrar, J.J. Iodine-treatment of hyperthyroidism: Current issues / J.J. Farrar, A.D. Toft // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2003. – Vol. 35. – P. 207–212.

Координаты для связи с авторами: Масалова Наталья Николаевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры эндокринологии ДВГМУ, e-mail: n.masalova@mail.ru; Захаренко Раиса Васильевна – профессор, зав. кафедрой эндокринологии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru.



УДК 616.441-07-089.001.8

С.И. Михеткина, В.Р. Корита

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93,
e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 276 больных с узловым зобом за период с 1999 по 2012 гг., находившихся на лечении в хирургических отделениях городской больницы № 3 и краевой больницы № 2. Диагноз заболевания был поставлен на основании клиники, данных УЗИ щитовидной железы и ПТАБ (пункционной тонкоигольной аспирационной биопсии железы). Множественные узлы выявлены у 18,1 % больных. 34 (12,3 %) больных оперированы под местной анестезией, а 242 (87,7 %) – под эндотрахеальным наркозом. Основной объем оперативного вмешательства заключался в различных вариантах резекции щитовидной железы. Для профилактики повреждения нижних гортанных нервов целесообразна их интраоперационная визуализация. Отмечено в раннем послеоперационном периоде шесть осложнений: кровотечение из культи щитовидной железы и в пяти – парез голосовых связок.

Ключевые слова: диагностика, узловой зоб, хирургическое лечение, осложнения.

S.I. Mihetkina, V.R. Korita

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NODULAR GOITER

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

A retrospective analysis of 276 case histories of patients with nodular goiter admitted to a surgical department of municipal hospital № 3 and № 2 was performed. The diagnosis was made based on clinical features, sonographic findings in

thyroid gland and fine needle aspiration biopsy. Multiple nodules were found in 18,1 % of the patients. 34 (12,3 %) patients underwent surgical operation under local anesthesia and 242 (87,7 %) patients received general anesthesia. Different modifications of thyroid resection were performed during this study. To prevent possible damage of inferior laryngeal nerves, the intraoperative visualization is recommended. Out of all patients, seven had early postoperative complications (bleeding from remnant thyroid gland in 2 patients and vocal cord paresis in 5 patients).

Key words: diagnostics, nodular goiter, surgical treatment, complications.

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) относятся к числу наиболее распространенных заболеваний эндокринной системы. Самой частой тиреоидной патологией у взрослых являются узловые образования [2, 5-7]. Высокая частота встречаемости этой патологии обусловлена тем, что практически вся территория России является зоной с мягко выраженным йодным дефицитом. Проживание в йоддефицитных районах сопряжено с развитием диффузных изменений щитовидной железы, а увеличение длительности проживания в условиях нехватки йода приводит к трансформации диффузного зоба в коллоидный [3]. В регионах с нормальной йодной обеспеченностью узлы в щитовидной железе определяются у 4-7 % лиц [2], в йоддефицитных регионах узлы в щитовидной железе физикально определяются у 7-20 % пациентов, а у женщин старше 40 лет превышает 30 % [1, 3]. Прирост заболеваемости узловым зобом составляет к старости около 2 % [7]. В структуре узлового эутиреоидного зоба преобладает коллоидный пролиферирующий зоб (60-70 %), гораздо реже встречается аутоиммунный тиреоидит, фолликулярная аденома, кисты железы и рак [5, 7]. Рак щитовидной железы составляет около 1-3 % всех злокачественных новообразований, в узловом зобе его обнаруживают в 5 % случаев [2, 4].

Распространенный метод УЗИ позволяет судить о наличии образований в ЩЖ, их размерах, структуре органа, увеличении регионарных лимфатических узлов [3, 4, 6, 9].

Тонкоигольная аспирационная биопсия (ПТАБ) с последующим цитологическим исследованием позволяет поставить точный морфологический диагноз до операции в 70-85 % наблюдений [3, 4].

Цель исследования – провести ретроспективный анализ историй болезней больных с заболеваниями щитовидной железы за период с 1999 по 2012 гг., находившихся на лечении в хирургическом отделении горбольницы № 3 им. С.К. Нечепалева и ККБ № 2.

Материалы и методы

За этот период было пролечено 276 больных с узловым зобом. Возраст пациентов варьировал от 21 до 86 лет. Самая многочисленная группа больных была в возрасте от 50 до 69 лет – 150 (54,3 %) человек. Подавляющее большинство составили женщины – 251 (90,94 %). Мужчин было 25 (9,05 %). Соотношение мужчин и женщин было 1:10. Длительность заболевания составила от 1 года до 7 лет.

Диагноз заболевания поставлен на основании жалоб пациентов на увеличение щитовидной железы, наличие в ней пальпируемых узлов, данных ультразвукового исследования, гормонального исследования крови. Верификация проводилась данными цитологического исследования после ПТАБ у 211 пациентов (76 %) и данными гистоморфологического исследования после оперативного вмешательства (100 %).

Всем пациентам проводили общепринятое клиническое обследование.

Результаты и обсуждение

Пальпаторно узловые образования и увеличение ЩЖ определялись у 232 (84 %) пациентов. Локализация одиночных узлов на задней поверхности в поллюсах ЩЖ не всегда доступна пальпации.

При ультразвуковом исследовании щитовидной железы у 78 (25,7 %) больных был выявлен один узел, у 58 (21 %) – два узла, у 28 (10 %) – три узла.

Множественные узлы выявлены у 60 (18,1 %) больных. Диффузный зоб обнаружен у 15 пациентов (5,4 %). Кистозный зоб имелся у 11 человек (3,98 %). Размеры узлов варьировали от 1 до 5 см в диаметре.

Правостороннее поражение щитовидной железы имело в 57 (20,65 %) случаях, левостороннее – в 65 (23,55 %), двухстороннее – у 150 (54,35 %) больных. У 4 (1,45 %) пациентов узел локализовался в области перешейка. У 101 (36,6 %) больного зоб носил смешанный характер. Рецидив зоба имел место у 24 (18,7 %) пациентов. Подавляющее большинство больных находились в эутиреоидном состоянии, у 8 (2,8 %) пациентов имелся тиреотоксикоз, компенсированный медикаментозно.

Все больные были оперированы, причем 34 (12,3 %) из них оперированы под местной анестезией, а 242 (87,7 %) пациентов – под эндотрахеальным наркозом.

Объем оперативного вмешательства определялся по характеру поражения железы, исходя из принципов онконастороженности.

При множественном поражении ЩЖ выполнялась субтотальная резекция или тиреоидэктомия. При тиреотоксикозе также выполнялась тиреоидэктомия либо супрасубтотальная резекция ткани щитовидной железы. В остальных случаях была произведена резекция железы. Характер выполненных операций представлен ниже: резекция доли выполнена в 40 (15 %) случаях, субтотальная резекция железы – в 144 (52 %), резекция обеих долей – в 4 (1,4 %), гемитиреоидэктомия – в 65 (23,4 %), резекция с гемитиреоидэктомией – в 9 (3,2 %) случаях, резекция перешейка – в 4 (1,4 %) и тиреоидэктомия – в 10 (3,6 %) случаях. Таким образом, различные варианты резекции ЩЖ выполнены у 201 (73 %) больного.

В 23 (8,3 %) случаях проводилась визуализация возвратных нервов для профилактики их интраоперационного повреждения. По данным литературы повреждения возвратного нерва при операциях на ЩЖ составляет от 0,5 до 14 % [1, 4, 7]. Повреждения нижних гортанных нервов отмечено в двух случаях при субтотальной резекции ЩЖ и в трех – при гемитиреоидэктомии. При визуализации нижних гортанных нервов по П.С. Ветшеву нарушений подвижности головок связок не отмечено. К сожалению, при больших

зобах, расширенной резекции ЩЖ, тиреоидэктомии не всегда возможна визуализация возвратных нервов. При гистологическом исследовании материала микромакрофолликулярная струма выявлена у 124 (45 %) случаев, коллоидный зоб с базедовификацией – у 53 (19,2 %), зоб Хашимото – у 19 (6,8 %), тиреоидит – у 19 (6,8 %) больных, киста – у 10 (3,6 %), зоб Риделя – в 1 (0,36 %) случае, токсический зоб – у 5 больных (1,8 %), токсическая аденома – в одном случае (0,36 %).

Злокачественные новообразования диагностированы в 17 случаях (6,16 %). Среди них фолликулярный рак выявлен в 6 случаях, папиллярный – в 5, фолликулярно-папиллярный рак – в 3 исследованиях и недифференцированный рак – в 3 случаях.

Расхождения клинического и гистологического диагнозов имели место в 14 наблюдениях (5,07 %).

В раннем послеоперационном периоде зафиксировано 7 осложнений. В двух случаях (1,8 %) – кровотечение из ткани культи ЩЖ, потребовавшее реоперации и проведения гемостаза, в остальных – парез голосовых связок. Парез лечился консервативно и ни в одном случае не потребовалось наложения тра-

хеостомы. Данные пациенты обследовались в ЛОР-отделении и фониатрическом кабинете МУЗ ГБ № 2 им. Д.Н. Матвеева.

Выводы

Диагностический стандарт узловых образований ЩЖ в стационарном и дооперационном периодах включает пальпацию щитовидной железы, УЗИ, ПТАБ, а в послеоперационном периоде в 100 % случаев гистологическое исследование удаленной ткани ЩЖ.

В 201 (73 %) наблюдении основной объем оперативного вмешательства при узловом зобе заключался в различных вариантах резекции щитовидной железы, а в 65 (23,4 %) наблюдениях – гемитиреоидэктомия и в 10 (3,6 %) – тиреоидэктомия.

Для профилактики повреждения возвратных нервов целесообразна их интраоперационная визуализация по П.С. Ветшеву.

В раннем послеоперационном периоде отмечено семь осложнений: в 2 (0,7 %) случаях – кровотечение из ткани культи щитовидной железы и в 5 (1,8 %) – парез голосовых связок.

Литература

1. Александров Ю.К. Пункционные методы в диагностике и лечении заболевания щитовидной железы // Актуальные вопросы тиреологии, выпуск второй. – Ярославль, 1996.
2. Артемова А.М. Возможности диагностики при узловом эутиреоидном зобе. Лечение и профилактика эутиреоидного зоба: материалы московской городской конференции эндокринологов, 26 ноября 1997. – С. 27–31.
3. Брейдо Н.С. Хирургические заболевания щитовидной железы. – СПб.: Гиппократ. – 1998. – 330 с.
4. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Чилингарида К.Е. и др. Профилактика и лечение нарушений подвижности голосовых складок при операциях на щитовидной железе // Хирургия. – 2005. – № 10. – С. 28–34.
5. Гринев Е.Н., Малахова Т.В., Горюшкина Е.В. Роль тонкоигольной аспирационной биопсии в диагностике узловых образований щитовидной железы // Проблемы эндокринологии – 2005. – № 51. – С. 10–15.
6. Жураев Ш.Ш., Баймаханов Б.Б., Федотовских Г.В. и др. Пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия в диагностике узловых образований щитовидной железы // Хирургия. – 2009. – № 6. – С. 40–43.
7. Калашникова М.Ф., Катхурия Ю.Б., Мельниченко Г.А. Заболевания щитовидной железы и менопауза // Климактерий. – 2002. – № 1. – С. 24–26.
8. Корита В.Р., Дерягин Н.И., Михеткина С.И. Интраоперационная профилактика повреждений нижних гортанных нервов при операциях на щитовидной железе. // Дальневосточный медицинский журнал. – Хабаровск. – 2011. – № 2. – С. 27–29.
9. Ларин А.С., Черенько С.М. Дифференцированный рак щитовидной железы в Украине: опыт клиники в лечении 2000 больных и современные мировые тенденции // Вестник хирургии. – 2008. – Т. 167. – № 3. – С. 54–62.
10. Маркова В.Н., Зубарев А.В., Башилов В.Н., Гаранин С.В. Ультразвуковые методики исследования объемных образований щитовидной железы // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 67–70.
11. Романчишен А.Ф., Гостимский А.В., Шабалов Н.П. и др. Диагностика узлового зоба у детей и подростков // Вестник хирургии. – 2007. – № 2. – С. 55–57.
12. Романчишен А.Ф., Кузьмичев А.С., Богатиков А.А. Результаты хирургического лечения узловых заболеваний щитовидной железы у больных старческого возраста // Вестник хирургии. – 2008. – № 3. – С. 63–67.

Координаты для связи с авторами: Михеткина Светлана Ильиодоровна – канд. мед. наук, доцент кафедры общей и факультетской хирургии лечебного факультета ДВГМУ, тел. 8-(4212)-47-42-67, e-mail: S_myhetkina@mail.ru; Корита Владимир Романович – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей и факультетской хирургии лечебного факультета ДВГМУ, тел. +7-914-199-01-31.

