



Клиническая медицина

<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-3-13-15>

УДК 616.441-006.6-092

О.С. Олифирова

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ ХАШИМОТО В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Амурская государственная медицинская академия, 675006, ул. Горького, 95, тел. 8-(4162)-31-90-20,
г. Благовещенск*

Резюме

Изучены две группы больных (2007–2019). В 1 группе (41) АИТ был установлен до- и после операции. Показанием к операции являлся компрессионный синдром. Во всех случаях выполнялась тиреоидэктомия. Имели место технические трудности при интубации трахеи и выполнении операции. Послеоперационные осложнения возникли в 3 случаях. Учитывая тотальное поражение щитовидной железы, адекватным объемом операции при АИТ является тиреоидэктомия. Во 2 группе больные (19) оперированы по поводу других заболеваний щитовидной железы. Им был установлен АИТ на основании послеоперационного гистологического исследования. В результате цитологических ошибок и гипердиагностики рака в 7 случаях оперативное лечение оказалось напрасным: тиреоидэктомия (4) и гемитиреоидэктомия (3). Дооперационная диагностика АИТ требует совершенствования, так как определяет лечебную тактику.

Ключевые слова: щитовидная железа, аутоиммунный тиреоидит Хашимото, тиреоидэктомия, послеоперационное гистологическое исследование, диагностические ошибки.

O.S. Olifirova

HASHIMOTO AUTOIMMUNE THYROIDITIS IN SURGICAL PRACTICE

Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk

Abstract

Two groups of patients were studied in the period from 2007 to 2019. In group 1 (41), autoimmune thyroiditis was diagnosed before and after surgery. The indication for surgery is compression syndrome. In all cases, thyroidectomy was performed. There were technical difficulties in taking into consideration a total damage to the thyroid gland; thyroidectomy is an adequate surgery for autoimmune thyroiditis. In group 2, including 19 patients, all were operated on for other thyroid diseases. They were diagnosed with autoimmune thyroiditis after postoperative histological examination. As a result of cytological errors and over-diagnostics of cancer, in 7 cases, surgical treatment was useless: thyroidectomy (4) and hemithyroidectomy (3). The preoperative diagnostics of autoimmune thyroiditis requires improvement as it determines the treatment tactics.

Key words: thyroid, Hashimoto autoimmune thyroiditis, thyroidectomy, postoperative histological examination, diagnostic errors.

Хронический аутоиммунный тиреоидит Хашимото (АИТ) – органоспецифическое аутоиммунное заболевание, характеризующееся деструкцией клеток щитовидной железы (ЩЖ) под влиянием различных клеточно- и антитело-опосредованных иммунных процессов и распространенное в популяции от 0,2 до 2 %, а в возрастной группе 50 и старше лет – 12-15 % [8]. В качестве самостоятельного заболевания ЩЖ оперируют АИТ редко [3]. Лечение АИТ у большинства больных с гипотиреозом проводится консервативно за

счет заместительной терапии препаратами тиреоидных гормонов [6, 8]. Однако на фоне АИТ возникают различные другие узловые образования, в том числе и злокачественные, требующие оперативного лечения [1]. Операции при АИТ выполняются по ограниченному показанию, к которым относятся компрессия органов шеи [5] и подозрение на злокачественную опухоль [7]. Описано более редкое показание – болезненный АИТ Хашимото [11]. Объем оперативного лечения при АИТ четко не определен и варьирует от гемитиреоидэкто-

мии, субтотальной резекции ЩЖ, до тиреоидэктомии [2, 6, 10]. Учитывая, что Амурская область, как и практически весь регион ДФО, относится к эндемичным по заболеваниям ЩЖ, представляло интерес изучить реальное положение АИТ в структуре хирургической патологии ЩЖ.

Материалы и методы

Изучены результаты обследования и лечения 60 больных, получавших лечение в хирургическом отделении Амурской областной клинической больницы с 2007 по 2019 гг., у которых при послеоперационном гистологическом исследовании препаратов ЩЖ был диагностирован АИТ Хашимото. Женщин было 41 (68,3 %) и мужчин – 19 (31,7 %) в возрасте от 20 до 80 лет; средний возраст – $56,4 \pm 0,7$ года. Преобладающее число пациентов – жители Амурской области (41; 68,3 %). Регулярно наблюдались у эндокринолога 34 пациента. Дооперационное обследование: исследование гормонов ЩЖ и ТТГ, УЗИ ЩЖ, тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ, сканирование ЩЖ при тиреотоксикозе, КТ и МРТ (по пока-

Целью исследования являлось провести клинический анализ случаев оперативного лечения АИТ Хашимото на основании результатов послеоперационного гистологического исследования операционного материала.

заниям), контрастная рентгенография пищевода для выявления компрессии ЩЖ. Все больные были оперированы. Во всех случаях выполнялось послеоперационное гистологическое исследование препаратов ЩЖ. В исследовании были выделены две группы больных. 1-я группа (41) включала пациентов, у которых АИТ был установлен до- и после операции. Во 2-ю группу (19) вошли пациенты, направленные на оперативное лечение с другими диагнозами, но при послеоперационном гистологическом исследовании был диагностирован АИТ. Математическую обработку выполняли с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Степень отличий считали значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

У 1-й группы больных с АИТ показанием к операции явился компрессионный синдром со сдавлением органов шеи, который проявлялся ощущением комка при глотании, одышкой, першением в горле, чувством сдавления шеи. Увеличение ЩЖ происходило постепенно в течение 3 и более лет. У всех больных пальпировалась увеличенная ЩЖ. Средний объем ЩЖ по данным УЗИ составлял $89,2 \text{ см}^3$. Всем больным 1-й группы выполняли контрастную рентгенографию пищевода, а также КТ или МРТ. Увеличенная ЩЖ вызывала смещение пищевода и сужение трахеи. Эутиреоз был у 26 больных, гипотиреоз – у 11 и тиреотоксикоз у – 2 больных. Интраоперационно ЩЖ при АИТ имела специфическую структуру: была очень плотной, белесоватого цвета, бугристой, с трудом выделялась из окружающих тканей. Учитывая, что изменения ЩЖ носили диффузный характер, и рецидив заболевания при сохранении тиреоидного остатка неизбежен, больным с АИТ выполняли тиреоидэктомию. Такой же объем операции при АИТ применяют и другие отечественные [7], но, в основном, зарубежные хирурги [9, 10, 11], хотя есть предложения частично сохранять тиреоидную ткань для снижения риска послеоперационных осложнений [2]. Оперативные вмешательства при АИТ сопровождалось техническими трудностями, как при интубации трахеи, так и при выполнении операции. КТ и МРТ шеи позволяли уточнить локализацию и размеры стеноза трахеи. При значительном стенозировании в предоперационном периоде выполняли диагностическую фибробронхоскопию, а во время операции трахею интубировали с помощью бронхоскопа. Из-за большого объема и грубой деревянистой структуры ЩЖ операции сопровождалась техническими трудностями с высоким риском кровотечений, повреждения возвратных нервов, паратитовидных желез. Поэтому такие операции выполняли высококвалифицированные по этому профилю

патологии специалисты. Такого же мнения придерживаются и другие хирурги [7, 9, 11].

За двенадцатилетний период (2007–2019 гг.) у 19 больных, которые составили 2 группу, диагноз АИТ был установлен только после операции. При дооперационном цитологическом исследовании был диагностирован коллоидный зоб у 12 больных, рак ЩЖ – у 2, фолликулярная неоплазия ЩЖ – у 5 пациентов. У больных с цитологическим заключением «коллоидный зоб» имелись показания к оперативному лечению: компрессионный синдром (6) и неэффективность медикаментозного лечения тиреотоксикоза (6). Оперативное лечение было выполнено в объеме тиреоидэктомии. Несмотря на то, что возникло на несовпадение до- и послеоперационного гистологического диагнозов, лечебная тактика в этих случаях оказалась верной в связи с необходимостью устранения тиреотоксикоза и компрессионного синдрома. 7 пациентов из 2-й группы были оперированы по онкологическим показаниям с обоснованным подозрением по раку ЩЖ на основании цитологического исследования. Им была выполнена тиреоидэктомия (4) и гемитиреоидэктомия (3). Как показало послеоперационное гистологическое исследование, в этих случаях имели место диагностические ошибки на этапе цитологического исследования, которые привели к выполнению напрасных операций. Их причину можно объяснить ограниченными возможностями цитологического метода преимущественно на раннем этапе исследования. Трудности дооперационной цитологической диагностики, особенно при сочетании с другими формами узловых образований, отмечают другие авторы и изыскивают различные методы для уточнения диагноза [6, 7, 11]. По их мнению, избежать диагностических ошибок позволит внедрение клинических рекомендаций, учитывающих цитологические характеристики (Bethesda Thyroid Classification, 2009) и ультразвуко-



вые параметры в системе TIRADS [4], а также интраоперационное цитологическое исследование [7].

Послеоперационные осложнения возникли у 3 больных: кровотечение (1), одностороннее повреждение возвратного нерва (1), гипопаратиреоз (1), что не превышает средние показатели послеоперационных осложнений [11].

Внедрение диагностических систем Bethesda Thyroid (2009) и TIRADS позволит улучшить уровень

дооперационной диагностики АИТ. Показанием к операции при АИТ Хашимото является компрессионный синдром, а адекватным объемом операции – тиреоидэктомия. Оперативное лечение при АИТ сопровождается техническими трудностями с риском послеоперационных осложнений и должно выполняться квалифицированными хирургами, имеющими опыт лечения заболеваний ЩЖ.

Литература

1. Иванова О.И., Соломина М.С., Логвинов В.С., Соломатина Т.В. Современные аспекты этиологии и патогенеза хронического аутоиммунного тиреоидита // Сибирский онкологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 55-60.
2. Меньков А.В. Хирургическое лечение аутоиммунного тиреоидита // Соврем. технол. мед. – 2011. – № 2. – С. 103-105.
3. Олифирова О.С. Случай хирургического лечения аутоиммунного тиреоидита (клиническое наблюдение) // Амурский медицинский журнал. – 2016. – Т. 13, № 1. – С. 102-104.
4. Петров В.Г., Нелаева А.А., Моложавенко Е.В., Ивашина Е.Г. Обзор зарубежных клинических рекомендаций по выполнению тонкоигольной аспирационной биопсии узлов щитовидной железы // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2019. – Т. 15, № 3. – С. 96-109.
5. Пиксин И.Н., Любичский А.В., Давыдкин В.И., Вилков А.В., Голубев А.Г., Кечайкин А.Н. Компрессионный синдром при заболеваниях щитовидной железы и способы его коррекции. – Медицинский альманах. – 2014. – № 3. – С. 143-145.
6. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидной желез. – СПб.: ИПК Вести, 2009. – 648 с.
7. Рябченко Е.В. Особенности хирургического лечения опухолей щитовидной железы на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2012. – № 3. – С. 65-68.
8. Трошина Е.А., Панфилова Е.А., Михина М.С., Свиридонова М.А. Тиреоидиты. Методические рекомендации (в помощь практическому врачу) // Consilium Medicum. – 2019. – Т. 2, № 12. – С. 10-22.
9. Pradeep P.V., Ragavan M., Ramakrishna B.A., Jayasree B., Skandha S.H. Surgery in Hashimoto's thyroiditis: indications, complications, and associated cancers // J. Postgrad. Med. – 2011. – Vol. 57, № 2. – P. 120-122.
10. Wormer B.A., McHenry C.R. Hashimoto's thyroiditis: outcome of surgical resection for patients with thyromegaly and compressive symptoms // Am. J. Surg. – 2011. – Vol. 201, № 3. – P. 416-419.
11. Peng C.C., Huai-En Chang R., Pennant M., Huang H.K., Munir K.M. A Literature Review of Painful Hashimoto Thyroiditis: 70 Published Cases in the Past 70 Years // J. Endocr. Soc. – 2020. – Vol. 4, № 2. – P. 1-15.
1. Ivanova O.I., Solomina M.S., Logvinov V.S., Solomatina T.V. Modern aspects of the etiology and pathogenesis of chronic autoimmune thyroiditis // Siberian Oncological Journal. – 2006. – № 1. – P. 55-60.
2. Menkov A.V. Surgical treatment of autoimmune thyroiditis // Modern Technologies in Medicine. – 2011. – № 2. – P. 103-105.
3. Olifirova O.S. The case of surgical treatment of autoimmune thyroiditis (clinical observation) // Amur Medical Journal. – 2016. – Vol. 13, № 1. – P. 102-104.
4. Petrov V.G., Nelaeva A.A., Molozhavenko E.V., Ivashina E.G. Review of foreign clinical guidelines for the use of fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules // Clinical and Experimental Thyroidology. – 2019. – Vol. 15, № 3. – P. 96-109.
5. Piskin I.N., Lyubitsky A.V., Davydkin V.I., Vilkov A.V., Golubev A.G., Kechaykin A.N. Compression syndrome in diseases of the thyroid gland and methods for its correction // Medical Almanac. – 2014. – № 3. – P. 143-145.
6. Romanchishen A.F. Thyroid and parathyroid surgery. – SPb.: IPK Vesti, 2009. – 648 p.
7. Ryabchenko E.V. Features of the surgical treatment of thyroid tumors against the background of chronic autoimmune thyroiditis // Clinical and experimental thyroidology. – 2012. – № 3. – P. 65-68.
8. Troshina E.A., Panfilova E.A., Mikhina M.S., Sviridonova M.A. Thyroiditis. Guidelines (to help a practitioner) // Consilium Medicum. – 2019. – Vol. 2, № 12. – P. 10-22.
9. Pradeep P.V., Ragavan M., Ramakrishna B.A., Jayasree B., Skandha S.H. Surgery in Hashimoto's thyroiditis: indications, complications, and associated cancers // J. Postgrad. Med. – 2011. – Vol. 57, № 2. – P. 120-122.
10. Wormer B.A., McHenry C.R. Hashimoto's thyroiditis: outcome of surgical resection for patients with thyromegaly and compressive symptoms // Am. J. Surg. – 2011. – Vol. 201, № 3. – P. 416-419.
11. Peng C.C., Huai-En Chang R., Pennant M., Huang H.K., Munir K.M. A Literature Review of Painful Hashimoto Thyroiditis: 70 Published Cases in the Past 70 Years // J. Endocr. Soc. – 2020. – Vol. 4, № 2. – P. 1-15.

Координаты для связи с авторами: Олифирова Ольга Степановна – д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой хирургических болезней факультета последипломного образования АмГМА, тел. +7-914-554-46-52, e-mail: olif.oc@mail.ru.