

УДК 616. 441 – 006 + 616. 089

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Керимов Э.Я., Косенко А. В., Шупта Ю. Б., Усеинов Э.Б., Куртумерова Д.У.

Кафедра госпитальной хирургии № 1 Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского; отделение хирургической гастроэнтерологии РКБ им. Н.А. Семашко, г. Симферополь

Ключевые слова: опухоли щитовидной железы, хирургическое лечение.

Введение

Рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет в среднем 1 – 1,5% от всех злокачественных новообразований, однако в последние годы отмечается тенденция к увеличению его частоты. Рост заболеваемости, особенно в зонах мультифакторного загрязнения окружающей среды, преимущественная распространенность ее среди людей молодого, трудоспособного возраста придают особую актуальность данной проблеме [1,2,3].

В большинстве случаев щитовидная железа поражается дифференцированными формами опухоли, при правильном лечении которых врачи могут добиться вполне удовлетворительных результатов. Однако незнание особенностей и своеобразия клинического течения РЩЖ, имеющие особые биологические свойства, приводит к применению различных, порой неадекватных данному заболеванию методам диагно-

тики и лечения.

Материал и методы

Практика свидетельствует, что, несмотря на современные диагностические возможности с использованием новейших методов исследования на догоспитальном этапе и в условиях онкологических центров, значительная часть больных с РЩЖ становится объектом курации врачей хирургических стационаров. Это обусловлено, в частности, не только онкологическими, но и эндокринологическими аспектами высокодифференцированных форм РЩЖ: зависимость данного вида опухолей от гормональной регуляции организма, влияние эндокринных аспектов на тактику и объем хирургического вмешательства, необходимость и благотворность гормонотерапии в послеоперационном периоде с целью улучшения отдаленных исходов заболевания. Кроме того, перевод в специализированное отделение онкологического центра и по деонтологическим соображениям

оказывается не всегда возможным, а реализация лечебно-реабилитационной программы для данного контингента больных должна соответствовать современному уровню онкотиреологии. Исходя из этого, в нашей клинике осуществляются следующие организационные мероприятия: из числа опытных сотрудников клиники выделены постоянные консультанты, прикрепленные к эндокринологическому отделению и кабинету поликлиники им. Н. А. Семашко, в профессиональном сотрудничестве с эндокринологами они отбирают больных, имеющих показания к оперативному лечению, согласовывают объем необходимых исследований; при первичной лучевой диагностике узловых образований в щитовидной железе больные обязательно консультируются хирургами, также определяется оптимальный объем исследований, а затем и план лечения; ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы, а тем более пункционная биопсия

узловых образований лежит на наиболее опытных лучевых диагностиках.

В данной статье приводится анализ хирургического лечения РЩЖ, проведенного на базе хирургического отделения РКБ им. Н. А. Семашко. За период 1997-2003 гг. прооперировано 391 больных с различными заболеваниями щитовидной железы, из них по поводу различных форм РЩЖ 45, что составило 11,5% от общего количества операций.

Большинство больных обследованы в амбулаторных условиях на базе республиканской поликлиники им. Н. А. Семашко и республиканского диагностического центра. Стандартным алгоритмом обследования явились ультразвуковое исследование, тонкоигольная пункционная биопсия ткани щитовидной железы, гормонодиагностика.

Анализ и обсуждение материала

По степени увеличения (классификация ВОЗ, 1992 г.) размеры щитовидной железы II степени отмечены у 11 больных, III степени - 31. В 3 случаях РЩЖ, по данным УЗИ, размер узлов не превышал 1 см, что подтверждает нередкую клиническую "скрытность" течения ракового процесса и определяет трудности своевременной диагностики. Безусловно, субстратом и формой развития опухолевого процесса являются объемные образования щитовидной железы различного размера, формы и консистенции. Тем не менее, у 4 больных, оперированных по поводу диффузного токсического зоба (по данным клинического обследования и данных УЗИ) при патогистологическом исследовании верифицирован высококодифференцированный РЩЖ.

Сонографические признаки, такие как, гипоэхогенность узла, неровность контуров, диффузная

неоднородность, наличие кальцинатов позволяют предположить, с той или иной степенью достоверности, малигнизацию процесса. В таких случаях, неопределимое диагностическое значение для дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы приобрела тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы под контролем сонографии (ТАПБ). Результаты этого исследования позволили поставить правильный диагноз у 10 из 12 больных, у 2 из них перед операцией получен ложноотрицательный результат. Таким образом, по нашим и литературным данным метод ТАПБ со значительной степенью вероятности (около 80 %) может рассматриваться как достаточно надежный

Известно, что одним из этиотропных факторов канцерогенеза щитовидной железы является повышенное содержание в крови ТТГ, по статистике его содержание при раке выше, чем в норме. Но при исследовании крови на ТТГ у наших больных (7 случаев) содержание ТТГ не превысило верхнюю границу нормы. У троих больных с РЩЖ на фоне диффузной гиперплазии щитовидной железы отмечались явления тиреотоксикоза, вплоть до высоких значений T_4 (321 нмоль/л в одном случае).

Важным клиническим фактором верификации онкологического процесса щитовидной железы является оценка состояния голосовых связок в предоперационном периоде. У наших пациентов односторонний парез голосовых связок, как один из специфических признаков РЩЖ до операции был выявлен в 6 случаях.

Окончательным методом дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы и определения хирургической тактики явилась интраоперационная экспресс-биопсия. Забор материала производился в виде отдельных фрагментов, так и всей доли щитовидной железы с

маркировкой "подозрительного" участка. Анализ результатов у 29 больных выявил совпадение диагнозов только в 15 случаях и ложноотрицательными они оказались у 14 больных. Таким образом, диагностическая эффективность данного метода невысока (около 50%), что позволяет рекомендовать более широкое внедрение ТАПБ в алгоритм обследования больных для предоперационной верификации диагноза и выбора адекватной тактики лечения. Реальной альтернативой цито-биопсиям может стать интраоперационная экспресс-цитология полученного материала в виде мазков-отпечатков. Применяв последнюю в ряде случаев, мы подтвердили ее высокую диагностическую достоверность и перспективность для внедрения в клиническую практику.

По патогистологической структуре на высококодифференцированные формы РЩЖ пришлось 41 наблюдение: - из них папиллярная форма выявлена у 25 больных, фолликулярная у 16 и по 1 случаю из наших наблюдений пришлось на медулярный, анапластический раки, метастаз аденокарциномы, лимфосаркомы.

Ведущим методом лечения РЩЖ является хирургический. Объем резекции щитовидной железы выполнения зависит от распространенности процесса и морфологической формы опухоли. Наличие метастазов РЩЖ в регионарных зонах при высококодифференцированных формах опухоли не ухудшает прогноз заболевания. Большинству больных с РЩЖ (28 случаев) произведена экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка, у части больных с экономной резекций противоположной доли щитовидной железы. Операцией выбора при небольшом размере высококодифференцированной опухоли, без инвазии ее в капсулу и сосуды, отсутствии метастазирования мы считаем экстрафасциальную гемитиреоидэктомию [4].

7 больным произведена экстрафасциальная тиреоидэктомия. Тиреоидэктомию с футлярно-фасциальной резекцией клетчатки шеи на стороне поражения мы произвели 4 больным. Превентивные операции на клетчатке шеи не выполняли, вопрос об оперативном лечении решался нами только при клинически реализованных метастазах. 2 больным после паллиативных операций и верификации окончательного диагноза были произведены повторные операции — экстрафасциальные тиреоидэктомии.

Из послеоперационных осложнений в 2 случаях отметили односторонний парез голосовых связок (4,4%), нагноение послеоперационной раны у одной больной с сахарным диабетом и гематому послеоперационной раны в 1 случае.

Выводы

◆ Рост заболеваемости РЩЖ, распространенность ее среди людей трудоспособного возраста, трудности диагностики при-

дают особую актуальность данной проблеме.

◆ Комплексная диагностика на догоспитальном этапе с использованием морфологических методик позволяет оптимизировать тактику лечения данного заболевания.

◆ Персонал хирургических отделений, оперирующий на щитовидной железе, должен в совершенстве владеть методиками современного обследования и оперативного лечения данного контингента больных.

Литература

1. Комиссаренко И. В., Рыбаков С. И., Коваленко А. Е., Болгов М. Ю. Новообразования щитовидной железы у детей и подростков: тактико-технические принципы и результаты лечения // *Материалы XX съезда хирургов Украины*, Т. 2. - Тернополь, - 2002. - с. 356-358.
2. Фесенко В. П., Бутьерский А. Г.,

Резниченко А. М., Клишевич И. Б., Прокopenко Т. И. Диагностика и лечение рака щитовидной железы в Крыму // *Материалы XX съезда хирургов Украины*, - Тернополь, Т. 2-2002. - с. 367-369.
3. Чернобрив А. Д. Динаміка захворюваності населення України доброякі-

сними та злоякісними новоутвореннями щитоподібної залози. // *Ендокринологія*, Т. 2 -2001. - 328 с.

4. Комісаренко І. В., Рыбаков С. І., Болгов М. Ю. і співавт. *Екстрафасціальна гемітиреоїдектомія, техніка, результати застосування* // *Ліки України*. - 2000. - №5. - с. 28-29.

Рак щитовидної залози.

Керімов Э.Я., Косенко А. В., Шупта Ю. Б., Усеінов Э.Б., Куртумерова Д.У.

Из 391 прооперированных больных заболеваниями щитовидной железы, у 45 випадках виявлен рак щитовидної залози (11,5%). По патогістологічній структури папілярний рак виявлен у 25 хворих, фолікулярний у 16. Екстрафасціальна гемітиреоїдектомія произведена 28 хворим, 7 произведена екстрафасціальна тиреоїдектомія, тиреоїдектомію с футлярно-фасциальної резекції клетчатки шії на боку поразки ми зробили 4 хворим. У 2 випадках після паліативних операцій і верифікації останнього діагнозу були зроблені повторні операції — екстрафасціальні тиреоїдектомії.

Из післяопераційних ускладнень у 2 випадках помітили парез голосових зв'язок з одного боку (4,4%).

Cancer of a thyroid gland.

Kerimov E.J., Kosenko A.V., Shupta J.B., Useinov E.B., Kurtumerova D.U.

From 391 post operated patients with diseases of a thyroid gland, in 45 cases the cancer of a thyroid gland (11,5 %) is revealed. On pathologic investigation to structure papillary cancer is revealed at 25 patients, follicular at 16. Extrafascial hemithyroidectomy it is made 28 patients, 7 it is made extrafascial thyriodectomy, thyriodectomy with resection on the side of defeat we have made 4 patients. In 2 cases after palliative operations and verifications of the final diagnosis have been made repeated operations — extrafascial hemithyriodectomy.

From postoperative complications in 2 cases have noted unilateral paresis vocal chords (4,4 %).