

М. М. Магомедов, А. С. Абдулхаликов, П. М. Нурмагомедова
 Дагестанская государственная медицинская академия

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МНОГОУЗЛОВОГО ЗОБА В РЕГИОНЕ ЙОДДЕФИЦИТА

Изучены результаты обследования и лечения 2010 больных с многоузловым зобом (МУЗ). Показано, что МУЗ является наиболее частой хирургической патологией ЩЖ в регионе природного йоддефицита и отличается гетерогенностью морфологической структуры. Точности диагностики МУЗ способствуют многофокусная многоканальная ТАПБ, интраоперационное цитологическое исследование, а радикальность хирургических вмешательств позволяет снизить частоту послеоперационного рецидива зоба.

Ключевые слова: многоузловой зоб, йоддефицит.

В зонах природного йоддефицита Дагестана в последнее десятилетие отмечается рост патологии щитовидной железы (ЩЖ). В ее структуре удельный вес многоузловой зоба (МУЗ) достигает 74,8%, имеет тенденцию к увеличению. Многоузловой зоб – собирательное понятие, включающее разные по гистоструктуре узловые образования: фолликулярный коллоидный зоб, аденомы, рак ЩЖ (РЩЖ), аутоиммунный тиреоидит (АИТ) с псевдоузлами, варианты сочетания разных заболеваний ЩЖ. Из-за гетерогенности МУЗ возникают трудности в его дифференциальной диагностике, снижается чувствительность основных диагностических методов. Остаются дискуссионными вопросы о показаниях к операции, выборе хирургической тактики, объеме операции при различных морфологических формах МУЗ, а из-за увеличения числа операций на ЩЖ отмечается увеличение частоты рецидивного зоба. Рецидивы чаще возникают после хирургического лечения МУЗ. Поэтому улучшение диагностики, адекватность хирургической тактики с учетом онкологической настороженности остаются актуальными аспектами рассматриваемой проблемы.

Цель исследования: изучение распространенности и морфологической структуры МУЗ в регионе природного йоддефицита и улучшение его диагностики.

Материал и методы

Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 2010 больных (1720 жен., 280 муж.) с МУЗ, что составило 53,6% от всех больных с хирургической патологией ЩЖ. Возраст больных 18–70 лет. Эутиреоз диагностирован у 1600 (79,6%), тиреотоксикоз – у 250 (12,4%) гипотериоз – у 125 (6,2%). Длительность «зобного» анамнеза до 1 года у 450 (22,3%), 3–5 лет – 510 (25,3%), более 5 лет у 390 (19,4%).

I степень увеличения ЩЖ (классификация ВОЗ, 1994) отмечена у 296 (14,7%), II степень – у 1796 (89,3%). При обследовании использовались УЗИ, цветное доплеровское картирование, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) под контролем УЗИ, определение уровня гормонов ЩЖ, сканирование ЩЖ (при тиреотоксикозе), магнитно-резонансная томография, интраоперационное цитологическое исследование.

Результаты и обсуждение

Установлена тенденция к изменению структуры патологии ЩЖ: в 2001–2006 гг. удельный вес больных с МУЗ составлял 49,2% (990), в 2007–2012 гг. – 50,8% (1020) от общего числа больных с различными заболеваниями ЩЖ. Наиболее частым оказался многоузловой коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб – у 1250 (62,1%). Различные сочетанные доброкачественные заболевания ЩЖ, выявлялись несколько реже (у 456, 22,6%). Сочетание коллоидного зоба и АИТ имело место у 350 (17,4%), аденом и АИТ – у 120 (5,9%). В структуре сочетанной патологии преобладал РЩЖ на фоне многоузловой коллоидного зоба у 26 (6,5%), несколько реже – на фоне АИТ у 14 (3,5%).

Чаще (1810, 89,5%) узловые образования локализовались в обеих долях ЩЖ. В 59,7% (1200 наблюдений) количество узлов в обеих долях не превышало 2–4. Многоузловое поражение одной доли отмечалось реже (298, 14,8%), в половине этих наблюдений выявлено более 3 узловых образований. Изолированное многоузловое поражение перешейки обнаружено только у 4.

Комплексное обследование, включающее ТАПБ под контролем УЗИ, не всегда позволяло установить верный диагноз из-за гетерогенности гистроструктуры ЩЖ. С целью улучшения эффективности дооперационной верификации

МУЗ при заборі більшого количества клеточного матеріала ТАПБ виконували з використанням багатоканальної методики. Варіант застосованої методики ТАПБ вибирали в залежності від локалізації і количества вузлових образований. Однофокусну багатоканальну ТАПБ виконували при розташуванні множинства вузлів в одній долі ЩЖ, багатофокусну багатоканальну – при ураженні обох долей ЩЖ. В результаті вдалося підвищити показники чутливості цитологічного методу при РЩЖ з 81,6 до 87,4%, при коллоїдному зобі – з 87,3 до 89,8%, аденомах – з 82,7 до 88,1% по порівнянню з однофокусною ТАПБ. Інтраопераційне цитологічне дослідження дозволило підвищити чутливість методу при РЩЖ до 96,7%, коллоїдному зобі – до 97,1%, аденомах – до 93,1%, а специфічність – відповідно до 98,9%, 99,3%, 97,9%.

Діагностичні помилки були обумовлені різними причинами: неможливістю цитологічної диференціації фолликулярного РЩЖ і фолликулярної аденоми ЩЖ; технічними обмеженнями методики при пункції вузлових образований в труднодоступних місцях або мікрокарцином, отриманням нерепрезентативного матеріалу з кистозних образований, малоопитністю хірурга, виконуючого ТАПБ, і цитолога, неперфектністю використовуваної апаратури і реактивів; відсутністю допов-

нительних цитохімічних маркерів РЩЖ.

Показаннями до хірургічного лікування МУЗ були: ріст вузлових образований з ознаками компресії органів шиї, підозра на РЩЖ і багатоузловий токсичний зоб. Виконували субтотальну резекцію ЩЖ у 1100 (54,7%), резекцію обох долей ЩЖ – у 450 (23,8%), резекцію однієї долі – у 106 (5,2%), тиреоїдектомія – у 250 (12,4%), гемитиреоїдектомія – у 75 (3,7%). У 5 (0,2%) мав місце післяопераційне кровотеча, потрібавше ревізії рани, встановлення і усунення його причини.

Зміна лікувально-діагностичної тактики забезпечила зменшення числа випадків післяопераційного рецидива зоба з 10,5 до 4,3%.

Висновки

В регіоні природного йоддефіциту багатоузловий зоб є поширеним хірургічним захворюванням ЩЖ і відрізняється гетерогенністю гистоструктури. Найчастіше зустрічаються вузловий коллоїдний зоб, поєднання різних доброякісних захворювань ЩЖ, псевдоузловий АИТ, РЩЖ. Многофокусна багатоканальна ТАПБ і інтраопераційне цитологічне дослідження дозволяють покращити доопераційну діагностику. Зниження числа післяопераційних рецидивів знаходиться в прямій залежності від вибору хірургічної тактики.

Стаття надійшла до редакції: 25. 07. 2013

М. М. Магомедов, А. С. Абдулхаліков, П. М. Нурмагомедова
Дагестанська державна медична академія

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ БАГАТОВУЗЛОВОГО ЗОБА В РЕГІОНІ ЙОДОДЕФІЦИТУ

Вивчено результати обстеження та лікування 2010 хворих з багатовузловим зобом (БВЗ). Показано, що БВЗ є найчастішою хірургічною патологією ЩЗ в регіоні природного йоддефіциту і відрізняється гетерогенністю морфологічної структури. Точності діагностики БВЗ сприяють багаточисельна ТАПБ, інтраопераційне цитологічне дослідження, а радикальність хірургічних втручань дозволяє знизити частоту післяопераційного рецидиву зоба.

Ключові слова: багатовузловий зоб, йоддефіцит.

М. М. Magomedov, A. S. Abdulkhalikov, P. M. Nurmagomedova
Dagestan State Medical Academy

THE TACTICS OF TREATMENT OF THE MULTINODULAR GOITER IN THE IODINE DEFICIENCY REGION

We analyzed the results of examination and treatment in 2010 patients with multi nodular goiter (MNG). It is shown that multi nodular goiter a common surgical pathology of the thyroid gland in the region of natural iodine deficiency and is characterized by the heterogeneity of the morphological structure. Diagnostic accuracy contributes multifocal multichannel TAPB and intra operative cytology, and radical surgery reduces the incidence of post-operative recurrence of goiter.

Keywords: multi nodular goiter, iodine deficiency.