

М. Э. Бронштейн, А. Д. Макаров, А. М. Артемова, Э. Н. Базарова, Г. И. Козлов

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПРИ МНОГОУЗЛОВОМ ЭУТИРЕОИДНОМ ЗОБЕ

Эндокринологический научный центр (дир.— член-корр. РАМН И. И. Дедов) РАМН, Москва

Многоузловой эутиреоидный зоб — заболевание, характеризующееся наличием двух или более узлов, которые могут располагаться как в одной, так и в обеих долях щитовидной железы, и, как правило, не сопровождающееся нарушением функции последней. В настоящее время наиболее распространенным методом лечения больных с данной патологией является оперативное удаление узлов. Однако объем оперативного вмешательства при многоузловом эутиреоидном зобе относится к нерешенным проблемам хирургической эндокринологии [1, 4]. С одной стороны, после радикальных операций у значительного числа больных наблюдается послеоперационный гипотиреоз, с другой стороны, при менее радикальных операциях возникает рецидив заболевания [2, 6]. В то же время существует точка зрения, отрицающая зависимость рецидивирования заболевания от объема операции [3, 5].

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что при многоузловом эутиреоидном зобе в окружающей узлы тиреоидной ткани наблюдаются очаговые зобные изменения, нередко с тенденцией к узлообразованию. В связи с этим мы поставили перед собой цель изучить морфологические особенности строения резецированной тиреоидной ткани у больных с многоузловым эутиреоидным зобом, обратив особое внимание на строение узлов и на состояние тиреоидной ткани вне их. Кроме того, была сделана попытка установить зависимость развития послеоперационного гипотиреоза и/или

рецидива заболевания от объема оставляемой тиреоидной ткани.

Материалы и методы

Обследовано 62 больных (1-я группа) в возрасте от 18 до 70 лет с клиническим диагнозом многоузлового эутиреоидного зоба. Все обследуемые — женщины. У 22 из них был рецидив многоузлового эутиреоидного зоба. Ранее они оперированы в другом учреждении, большинство — по поводу солитарного узлового эутиреоидного зоба. Рецидив заболевания выявлен в среднем через $6 \pm 2,1$ года после операции. Кроме того, для сопоставления отдаленных результатов хирургического лечения в разных медицинских учреждениях обследовано еще 20 больных (2-я группа), оперированных 6—8 лет назад по поводу многоузлового эутиреоидного зоба в хирургическом отделении ЭНЦ РАМН. Им произведена субтотальная резекция щитовидной железы.

У больных 1-й группы определяли содержание трийодтиронина (Т₃), общего тироксина (Т₄) в сыворотке крови радиоиммунологическим методом с использованием стандартных тест-наборов; тиреотропного гормона (ТТГ) — иммунометрическим методом с помощью наборов «Амерлайт ТСГ-60».

Таблица 1

Объем ранее выполненных оперативных вмешательств у больных с рецидивом многоузлового эутиреоидного зоба

Вид операции	Количество больных	
	абс.	%
Частичная резекция		
правой доли	8	36,4
левой доли	6	27,3
обеих долей	1	13,6
Расширенная резекция обеих долей	3	13,6
Субтотальная резекция правой доли	1	4,5
Односторонняя гемитиреоидэктомия	3	13,6

Таблица 2

Объем оперативных вмешательств, выполненных у 40 больных с многоузловым эутиреоидным зобом

Вид операции	Количество больных	
	абс.	%
Субтотальная резекция щитовидной железы	36	90
Субтотальная резекция одной доли	1	2,5
Предельно-субтотальная резекция щитовидной железы	3	7,5



Рис. 1. Узловой коллоидный частично пролиферирующий зоб.

Здесь и на рис. 2—6 окраска гематоксилином и азидином. X63.

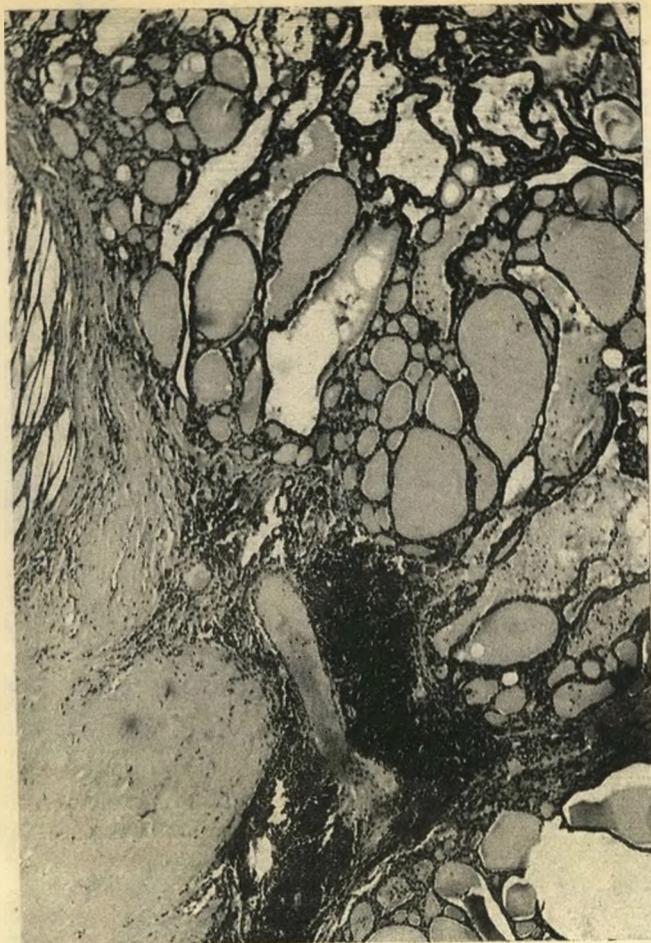


Рис. 2. Узловой коллоидный пролиферирующий зоб с явлениями аденоматоза (участки папиллярного строения), с регрессивными изменениями и очаговой лимфоидной инфильтрацией.

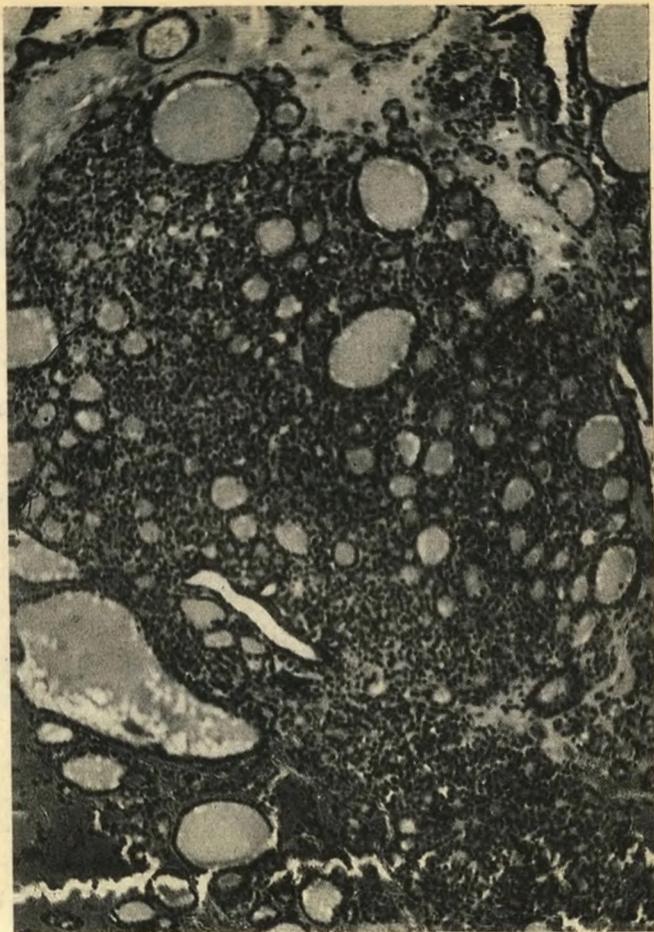


Рис. 3. Узловой коллоидный пролиферирующий зоб с явлениями аденоматоза (участок тубулярно-микрофолликулярного строения).

Всем проведено ультразвуковое исследование щитовидной железы на аппарате «Toshiba-77», линейным датчиком 7,5 мГц.

Результаты и их обсуждение

У всех больных 1-й группы содержание T_3 , T_4 и ТТГ в сыворотке крови было в пределах нормы: T_3 — $1,67 \pm 0,15$ нмоль/л (норма $1,17$ — $2,18$ нмоль/л), T_4 — $125,98 \pm 2,42$ нмоль/л (62 ± 142 нмоль/л), ТТГ — $0,72 \pm 0,07$ мкМЕ/мл ($0,24$ — $2,90$ мкМЕ/мл).

Объем оперативных вмешательств, выполненных у 22 больных с рецидивом многоузлового эутиреоидного зоба на I этапе хирургического лечения, приведен в табл. 1.

Следует отметить, что из 22 больных с рецидивом многоузлового эутиреоидного зоба у 14 (63 %) рецидив заболевания возник в обеих долях после частичной резекции одной доли, у 1 — после частичной резекции обеих долей щитовидной железы, у 3 — после расширенной резекции обеих долей щитовидной железы через $6 \pm 2,1$ года. У 4 (18,1 %) рецидив заболевания развился после субтотальной резекции одной доли или односторонней гемитиреоидэктомии в те же сроки; узлы при рецидиве заболевания располагались в противоположной доле щитовидной железы.

Таким образом, частичную и расширенную резекции даже обеих долей следует рассматривать как недостаточно радикальные.

При повторной операции 11 больным произведена субтотальная резекция щитовидной железы, 8 — предельно-субтотальная резекция и 3 — экстирпация железы. Объем оперативного вмешательства выполнен в зависимости от распространенности патологического процесса. У 1 (4,5 %) больной с рецидивным многоузловым эутиреоидным зобом IV степени после операции развился парез правой голосовой связки, у 2 (9 %) — гипопаратиреоз.

Объем оперативных вмешательств, выполненных у 40 больных 1-й группы, приведен в табл. 2.

Осложнений во время и после операции не было. В большинстве случаев при наличии узлов в обеих долях они нередко оказывались интимно спаянными друг с другом, формируя так называемый конгломератный зоб. Диаметр узлов колебался от нескольких миллиметров до 8 см. Масса удаленной ткани щитовидной железы колебалась от 20 до 273 г. На разрезе большинство узлов серовато-коричневого цвета, коллоидного вида, нередко с кистозными изменениями, встречались узлы солидного строения. Окружающая узлы тиреоидная ткань на разрезе сероватого

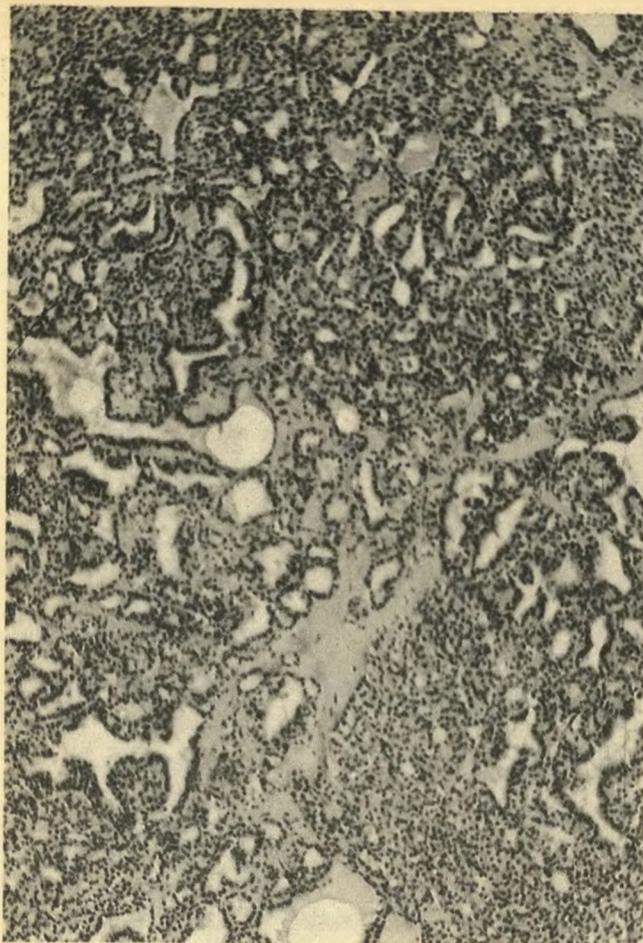


Рис. 4. Аденома эмбрионально-фетального типа строения.

цвета, макроскопически, как правило, не изменена.

При микроскопическом исследовании у первично-оперированных больных (у 100 %) выявлены узлы коллоидного строения: у 50 % частично пролиферирующие коллоидные узлы (рис. 1), у 23 % пролиферирующие. У 6 (15 %) больных узлы подобного строения были с явлениями кистозной дегенерации разной степени выраженности; у 30 (75 %) наблюдались разного рода регрессивные изменения, также выраженные в различной степени (рис. 2). У 3 (7,5 %) больных в узлах обнаружены явления аденоматозного роста (участки эмбрионального, папиллярного и т. д. строения; рис. 3). У 13 (32,5 %) больных узловой коллоидный зоб сочетался с аденомами разнообразного типа строения: микрофолликулярного — у 9 (22,5 %) больных, фетально-эмбрионального — у 4 (10 %) (рис. 4).

У 8 (20 %) пациентов в окружающей узлы тиреоидной ткани выявлены очаговые зобные изменения, у 14 (35 %) — очаговые зобные изменения с тенденцией к узлообразованию (рис. 5). Таким образом, более чем у 50 % больных наблюдались разной степени выраженности очаговые зобные изменения в тиреоидной ткани вне узлов. У 10 (25 %) больных подобные зобные изменения сочетались с явлениями фокального тиреоидита и/или очаговой лимфоидной инфильтрации (рис. 6). У 2 (5 %) больных в окружающей

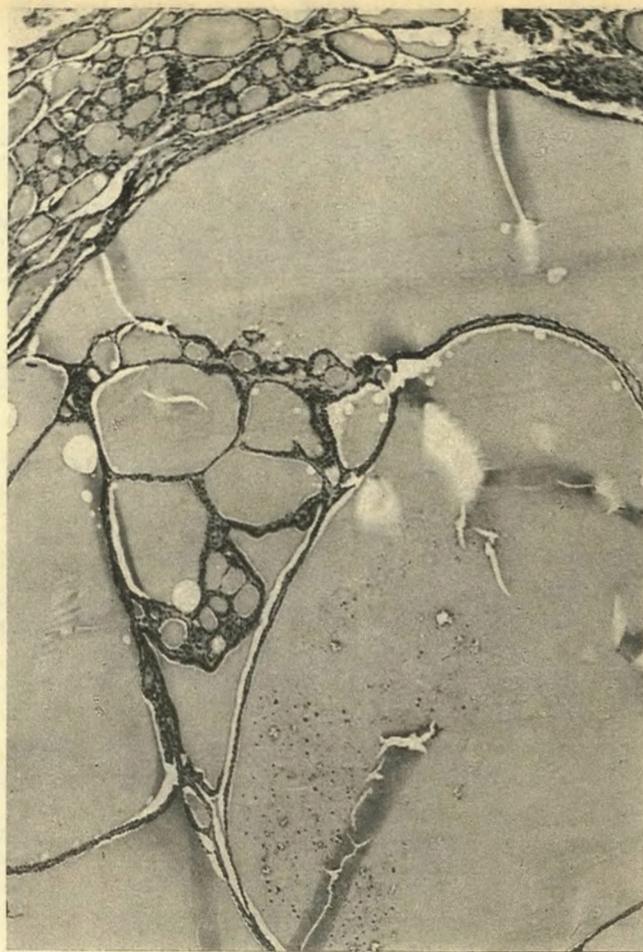


Рис. 5. Очаг зобных изменений с тенденцией к узлообразованию; формирование сосочковых выростов с увеличением высоты эпителия. $\times 40$.

узлы тиреоидной ткани наблюдалась очаговая лимфоидная инфильтрация без изменений в тиреоидной ткани, связанных с наличием последней.

Исследование удаленной тиреоидной ткани больных с рецидивом многоузловой эутиреоидного зоба (1-я группа) также выявило у 100 % наличие коллоидных узлов; у 18,2 % они были частично пролиферирующие, у 23 % — пролиферирующие. У 7 (32 %) больных подобные узлы были с явлениями кистозной дегенерации, у 9 (40,9 %) — с регрессивными изменениями разной степени выраженности. У 2 (9,1 %) больных в узлах обнаружены явления аденоматозного роста. У 4 (18,4 %) узловой зоб подобного строения сочетался с аденомами микрофолликулярного строения, у 1 (4,5 %) — с аденомой фетально-эмбрионального типа строения.

У 5 (23 %) больных в окружающей узлы тиреоидной ткани выявлены очаговые зобные изменения, у 7 (30 %) — очаговые зобные изменения с тенденцией к узлообразованию. Таким образом, более чем у 50 % больных с исследуемой патологией имеют место очаговые зобные изменения в ткани, окружающей узлы. У 7 (30 %) больных зобные изменения сочетались с явлениями фокального тиреоидита, у 2 (9,1 %) в тиреоидной ткани вне узлов выявлена только лимфоидная инфильтрация.

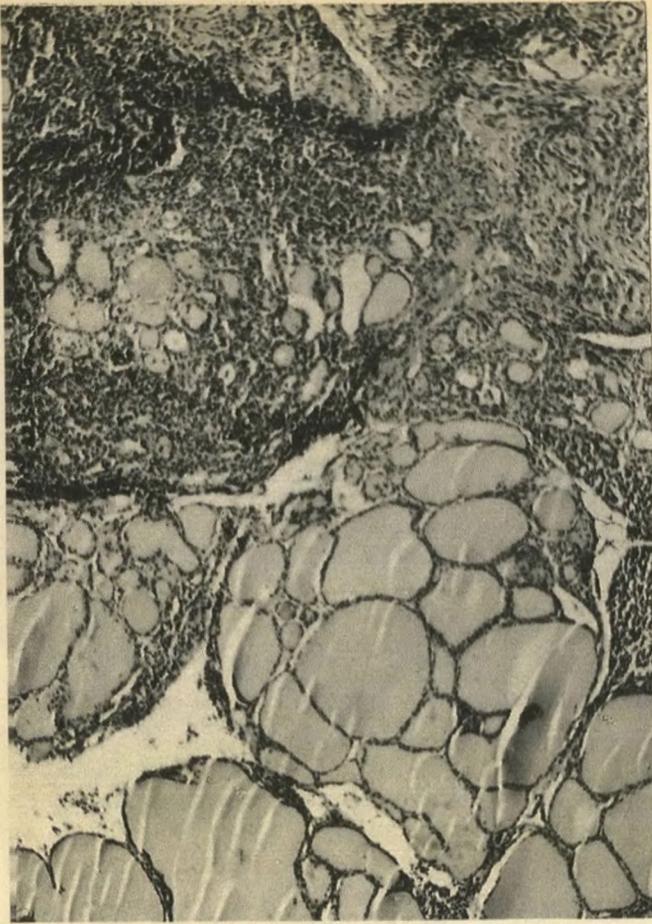


Рис. 6. Фокальные зубные изменения в сочетании с фокальным тиреоидитом.

При ретроспективном обследовании 20 больных 2-й группы, оперированных ранее по поводу многоузлового эутиреоидного зоба, которым произведена субтотальная резекция щитовидной железы в хирургическом отделении ЭНЦ РАМН, рецидив клинически не выявлен. Отсутствие рецидива подтверждено данными ультразвукового исследования. Эти больные находятся на заместительной терапии тиреоидными гормонами, получают L-тироксин в дозе 75—100 мкг.

Таким образом, анализ нашего материала свидетельствует о том, что более чем у 50 % больных с многоузловым эутиреоидным зобом вне узлов наблюдаются очаговые зубные изменения, нередко с тенденцией к узлообразованию. Частичная резекция одной или обеих долей щитовидной железы, как показывают наши данные, не является достаточным объемом операции для предотвращения рецидива заболевания. Для предотвращения развития как послеоперационного гипотиреоза, так и рецидива заболевания следует назначать больным тиреоидные гормоны (L-тироксин) в переносимых дозах.

Наши данные согласуются с результатами зарубежных авторов.

Выводы

1. В тиреоидной ткани вне узлов у 55 % больных с многоузловым эутиреоидным зобом наблюдаются очаговые зубные изменения, нередко с тенденцией к узлообразованию; подобные изменения могут быть источником рецидива заболевания.
2. Наиболее адекватным объемом оперативного вмешательства при многоузловом эутиреоидном зобе является субтотальная или предельно-субтотальная резекция одной или обеих долей щитовидной железы в зависимости от распространенности патологического процесса.
3. После оперативного лечения по поводу многоузлового эутиреоидного зоба больные нуждаются в терапии тиреоидными гормонами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зеновко Г. И. // Вестн. хир.—1988.—Т. 140, № 3.—С. 74—76.
2. Камардин Л. Н., Бубнов А. Н., Можайский Е. Д. // Вопросы эндокринологии.—Л., 1990.—С. 135—139.
3. Мазурик М. Ф., Кузнецов А. А., Сидорова В. Д. и др. // Клин. хир.—1981.—№ 12.—С. 4—6.
4. Falchero F., Lodo N., Cananzi C. et al. // Ann. ital. Chir.—1990.—Vol. 61, N 3.—P. 399—402.
5. Geerdsen I. P., Hee P. // Acta chir. scand.—1982.—Vol. 148, N 3.—P. 225—227.
6. The Thyroid Gland / Ed. M. De Visscher.—New York, 1980.

Поступила 09.07.93

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1994

УДК 616.441-008.61-053.67-07.616.153.862.4-097

Н. А. Мкртумова, Р. М. Алексеева, Т. И. Бурая, Ю. А. Баслерова, С. И. Крайнова, В. И. Кандрор

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ ИЗ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЛИЦ С ЮВЕНИЛЬНОЙ СТРУМОЙ СНИЖАЮТ УРОВЕНЬ цАМФ В ИЗОЛИРОВАННЫХ ТИРЕОЦИТАХ ЧЕЛОВЕКА

Лаборатория патофизиологии (зав.—проф. В. И. Кандрор) Эндокринологического научного центра (дир.—член-корр. РАМН, И. И. Дедов) РАМН, Москва

Ювенильная струма (ЮС) — увеличение размеров щитовидной железы у детей пубертатного возраста — привлекает особое внимание как в силу своей распространенности, так и из-за неясности патогенеза [4]. На аутоиммунный генез ЮС могут указывать данные о наличии у ряда

лиц с ЮС хронического лимфоцитарного тиреоидита, а у большинства из них — аутоантител к различным тиреоидным антигенам [4, 8, 10].

Среди тиреоидных аутоантител, идентифицированных в настоящее время, существенная роль отводится тиреоблокирующим антителам (ТБА),