

◆ ДИСКУССИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.441-006.5-08-035

*В. Г. Петров, А. В. Махнев, А. А. Нелаева***ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Городской эндокринологический центр, городская клиническая больница № 2, Тюмень, кафедра госпитальной хирургии Тюменской государственной медицинской академии

Дискуссия, разгоревшаяся на страницах сайта Thyronet (<http://thyronet.rusmedsery.com>), посвященная стандартам диагностики и лечения патологии щитовидной железы (ЩЖ), показала отсутствие единого подхода к проблеме лечения узловых образований этого органа среди эндокринологов и хирургов нашей страны. Отсутствие единого мнения по данной проблеме приводит к тому, что одному и тому же больному в различных лечебных учреждениях могут предложить диаметрально противоположные методы лечения.

В данной публикации мы хотим предложить для обсуждения алгоритм диагностики и лечения узловых образований ЩЖ.

При отборе больных на оперативное лечение следует учитывать, что только 1/4 больных с патологией ЩЖ предъявляют жалобы местного характера — появление опухолевидного образования на шее, першение в горле, боли в области шеи, затруднение дыхания, особенно лежа на спине, и т. д. Большая часть больных не предъявляют никаких жалоб. Увеличение ЩЖ у таких больных обнаруживается лишь при комплексном обследовании по поводу какой-либо другой патологии или во время плановых медицинских осмотров. Среди многих врачей существует ложное убеждение в абсолютной обусловленности всех проблем в жизни человека именно патологией ЩЖ. Так, если возникают какие-либо боли в горле либо нарушение ритма сердечной деятельности, либо субфебрильная температура неясной этиологии, то врачи почему-то начинают исключать именно патологию ЩЖ. Современные аппараты УЗИ могут обнаружить в ткани ЩЖ мельчайшие очаговые изменения. При такой ситуации стало выявляться все большее количество больных с небольшими (менее 1 см) узловыми образованиями ЩЖ, которые существовали у пациентов бессимптомно. Именно поэтому в практику эндокринологов вошло понятие "непальпируемые узлы ЩЖ". Обнаружение мельчайших фокальных изменений ведет к возникновению множества проблем. С одной стороны, перед врачом, обнаружившим такое изменение, возникает вопрос — что же с ним делать? С другой стороны, тотальная канцерофобия и убежденность многих в том, что любой узел в организме человека является ничем иным, как раком, значительно сказывается на психическом состоянии пациентов. Как правило, такие пациенты в дальнейшем малейшие изменения своего состояния начинают связывать с наличием у них

патологии ЩЖ. В связи с этим настораживает тот факт, что УЗИ ЩЖ принимает характер скринингового исследования, особенно это касается кардиологических больных, у которых этот метод входит в "клинический минимум обследования".

Любая операция на ЩЖ может привести к состоянию, способному значительно ухудшить качество жизни больного, начиная от необходимости ежедневного приема гормональных препаратов и заканчивая возникновением тяжелых осложнений, связанных с интраоперационным повреждением гортанного нерва и развитием пареза гортани, удалением паращитовидных желез и развитием гипопаратиреоза, а также с возможностью развития тяжелого гипотиреоза, приводящего к полной инвалидизации больного. Поэтому само оперативное вмешательство, а также выбор оптимального объема оперативного вмешательства должны быть строго обоснованными.

Целями хирургического лечения патологии ЩЖ являются удаление ткани ЩЖ, подвергшейся опухолевому перерождению либо при подозрении на таковую; удаление части гиперфункционирующей ткани ЩЖ для уменьшения количества выделяемых ею тиреоидных гормонов; устранение симптомов сдавления органов шеи; устранение косметического дефекта.

Как правило, косметический дефект вызывают узлы довольно крупных размеров. Тем не менее у молодых женщин астенического телосложения поверхностно расположенные узлы меньшего диаметра также вызывают деформацию шеи. При отсутствии других показаний к операции, кроме желания пациента, с ним проводят беседу о возможных последствиях операции. Применение современных шовных материалов и методик внутрикожного наложения шва позволяет добиться достаточного удовлетворительного косметического эффекта.

Возникновение симптомов сдавления органов шеи отмечается, как правило, при загрудинном расположении зоба, при его крупных размерах. Мелкие узлы очень редко вызывают симптомы сдавления органов шеи. При размерах узла более 3 см вероятность их возникновения значительно увеличивается. Следует отметить, что не всякое чувство нехватки воздуха либо затруднение прохождения пищи в начальном отделе пищевода даже при наличии узлового зоба может являться следствием сдавления органов шеи. Существует и ряд других причин, приводящих к данному состоянию. По-

этому перед операцией следует провести исследование (рентгенографию шеи, при необходимости с контрастированием пищевода, томографию трахеи, непрямую ларингоскопию и др.), позволяющие убедиться в том, что данная симптоматика обусловлена именно патологией ЩЖ. В противном случае сохранение этих симптомов после операции окажет отрицательное влияние на качество жизни пациента.

До сих пор в литературе дискутируется вопрос о необходимости оперативного лечения токсических аденом ЩЖ. Так, в монографии "Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы" И. С. Брейдо [1] ссылаются на статью М. Perlmutter и S. Slaler "Как следует лечить узловой зоб?", в которой они воздерживаются от операции при "горячих" токсических аденомах, а также при многоузловых зобах. Г. С. Зефирова указывает на необходимость оперативного лечения токсической аденомы только при ее больших размерах, при малых размерах возможно лечение радиоактивным йодом [10]. В зарубежной литературе также указывается на возможность лечения небольших токсических аденом диаметром до 3 см радиоактивным йодом [31]. Отрицательным моментом данного вида лечения является то, что на месте токсической аденомы остается узел, который в 50% случаев продолжает существовать как "холодный узел", скрывающий в себе потенциальную опасность злокачественного перерождения, кроме того, токсическая аденома может маскировать в себе уже существующую злокачественную опухоль [11]. При наличии многоузлового токсического зоба показано оперативное вмешательство независимо от размеров узловых образований, поскольку они нередко представляют собой причину сердечно-сосудистых заболеваний [7]. Поскольку лечение радиоактивным йодом в настоящее время остается проблематичным по ряду организационных причин, а развивающаяся в данной ситуации функциональная автономия не поддается консервативной терапии тиреостатическими препаратами, мы придерживаемся мнения о необходимости оперативного лечения при любых размерах узлового (многоузлового) токсического зоба после проведения соответствующей предоперационной подготовки.

Наиболее сложным и спорным остается вопрос об определении показаний к операции вследствие злокачественности узлового образования либо подозрений на таковую. Многие авторы категорически настаивают на оперативном лечении при наличии любого узлового образования в ткани ЩЖ. Мотивом таких высказываний является то, что даже в настоящее время, когда существует большое количество средств диагностики патоморфологии ЩЖ, включая пункционную биопсию под контролем УЗИ, не всегда возможно полностью исключить злокачественную природу узлового образования ЩЖ [1, 6, 10, 15].

Частота рака среди всех заболеваний ЩЖ составляет 5–10% [19]. По данным Американской ассоциации клинической эндокринологии, в США с населением в 250 млн человек ежегодно диагностируется около 12 тыс. случаев рака ЩЖ, что составляет 0,004% всего населения [20]. По нашим

данным, на основании проведения тонкоигольной пункционной биопсии у 3935 пациентов рак выявлен у 0,7% больных. Эти пациенты направлены на лечение в онкологический диспансер. Среди 327 больных, оперированных за период с 1996 по 2000 г. по поводу узловой патологии ЩЖ, у которых рак не был диагностирован до операции, он выявлен у 5 (1,8%) пациентов, причем во всех случаях это оказались высокодифференцированные формы (папиллярный, фолликулярный) рака. Поэтому мы не можем высказывать большую онкологическую настороженность в отношении узловых образований ЩЖ.

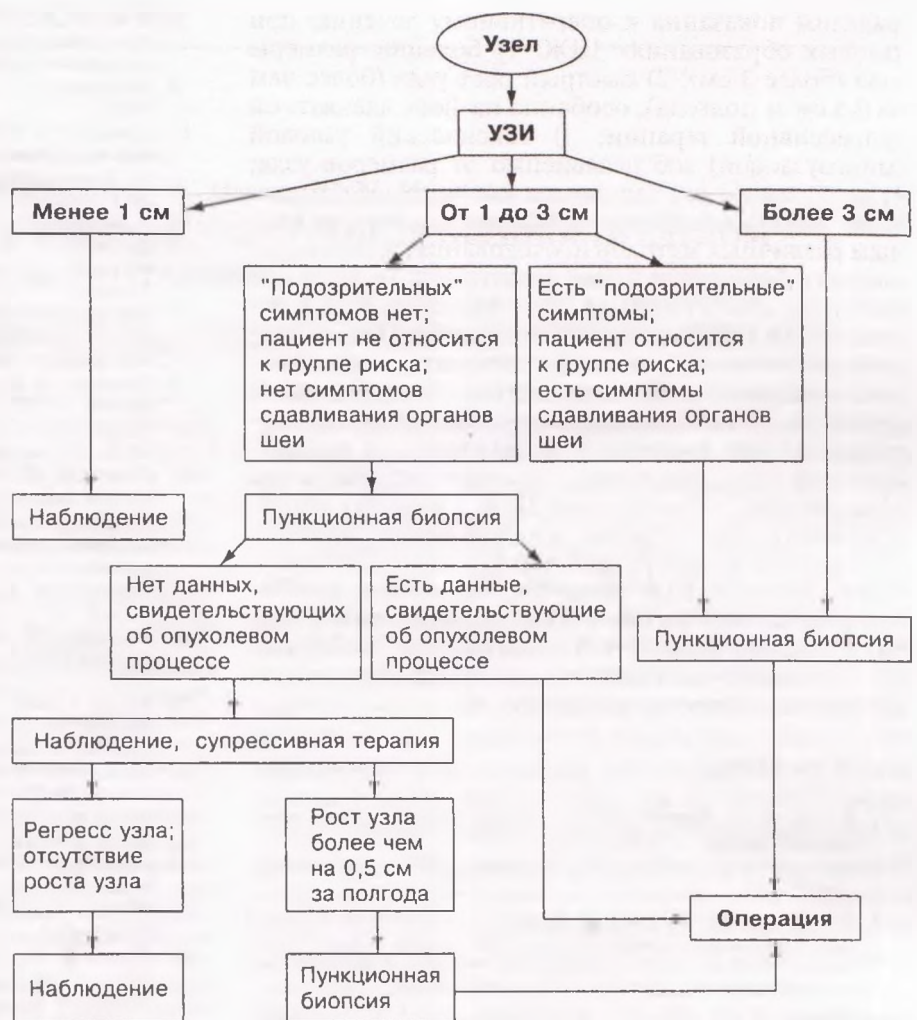
В предоперационном обследовании больного мы придаем большое значение тонкоигольной пункционной биопсии. По данным разных авторов, точность ее составляет 71,1–97% [1, 4]. По нашим данным, совпадение цитологического диагноза при проведении пункционной биопсии ЩЖ и гистологического исследования послеоперационного материала составило 86,9% [16, 17]. В то же время мы вынуждены согласиться с тем, что пункционная биопсия позволяет установить диагноз лишь в 3/4 всех случаев рака ЩЖ. Диагностическая ценность при фолликулярном раке еще более низкая (не более 40%). Особенно трудно при пункционной биопсии отличить фолликулярную аденому, которая является доброкачественной опухолью, от фолликулярного рака. Поэтому фолликулярная аденома независимо от размеров и степени активности является показанием к оперативному вмешательству.

Ни один из существующих в настоящее время методов обследования не может точно определить, есть рак или нет. Так, существовавшее ранее мнение о том, что подозрительными на рак являются "холодные" узлы, в настоящее время подвергается сомнению, поскольку есть данные, подтверждающие, что раковые опухоли также способны накапливать фармпрепараты, т. е. быть "горячими" [3, 8, 13]. В связи с этим мы практически полностью отказались от проведения радиоизотопной скинтиграфии для дифференциальной диагностики узловых образований ЩЖ. УЗИ также не всегда дает представление о природе узла. Онкологическая опасность одиночного узла и множественных узловых образований ЩЖ в настоящее время примерно одинакова [14, 18]. Поэтому всегда будут возникать ситуации, когда до операции хирург не может быть точно уверенным в наличии рака. Однако мы не можем согласиться с тем, что во всех случаях операция должна явиться методом диагностики и профилактики рака ЩЖ, даже в сомнительных случаях.

На основании собственных данных и изучения современных отечественных и зарубежных источников литературы нами разработан алгоритм диагностики и лечения больных с узловыми образованиями в ЩЖ (см. рисунок).

На основании анализа данных литературы можно сделать вывод о том, что обследование следует проводить при наличии у пациентов узловых образований в ЩЖ диаметром не менее 1 см при условии, что у них отсутствуют клинические признаки рака ЩЖ (шейный лимфаденит, парез возвратного

нерва) [5, 7, 19]. Фокусы скрытого рака в ЩЖ встречаются довольно часто. По данным Н. Nagash и соавт. [26], микрофокусы скрытого рака были обнаружены в 35,6% препаратов ЩЖ, исследуемых при аутопсиях или после удаления ЩЖ во время операции. В 1988 г. ВОЗ для того, чтобы отличить эту форму от клинических форм рака ЩЖ, предложила назвать участки папиллярного рака менее 1 см папиллярной микрокарциномой. Подобная разновидность опухоли не должна быть объектом направленных поисков, так как обычно встречается в нормальных ЩЖ и может оставаться бессимптомной в течение всей жизни [19]. Поэтому фокальные изменения в ЩЖ диаметром до 1 см подлежат только динамическому наблюдению. Вопрос о проведении супрессивной консервативной терапии при узловых образованиях ЩЖ является дискуссионным. Так, в отечественной и зарубежной литературе можно найти работы, подтверждающие ее положительный эффект [5, 9, 24, 30, 32]. В то же время существует немало литературных источников, ставящих под сомнение положительный эффект супрессивной терапии узловых образований ЩЖ [21, 25, 28, 29]. Более того, имеются исследования, указывающие на отрицательное действие терапии тиреоидными препаратами на сердечно-сосудистую и костную системы [22, 23, 27]. Мы придерживаемся мнения об ограниченном применении супрессивной терапии при узлом зобе. Назначать тиреоидные препараты стоит дифференцированно. Целесообразно их назначение при уровне ТТГ не ниже 1 мЕД/мл. Не стоит применять супрессивную терапию пожилым пациентам, а также лицам, страдающим сердечной патологией. Положительным считается эффект, если на фоне лечения отмечаются остановка роста узла либо уменьшение его. Контрольное УЗИ проводят не менее 1 раза в полгода. В случае отсутствия эффекта от применения L-тироксина применение его дольше полугодика нецелесообразно. Если за этот период нет роста узла или отмечается его уменьшение, то в дальнейшем показано лишь наблюдение. При росте узла более чем на 0,5 см за полгода необходимо повторить пункционное исследование и решить вопрос об оперативном лечении. При определении показаний к оперативному лечению по поводу узлового зоба следует обращать внимание на наличие так называемых "подозрительных" на онкологический процесс симптомов, к которым следует отнести быстрый рост узла, очень плотный узел, фиксацию узла к окружающим тка-



Алгоритм лечебно-диагностической тактики при обнаружении узлового образования в ЩЖ.

ням, паралич голосовых связок, увеличение регионарных лимфатических узлов. Наличие одного или нескольких из этих симптомов позволяет прибегнуть к более активной хирургической тактике независимо от размеров узлового образования. Лица молодого возраста (до 25 лет), а также пациенты мужского пола являются группой повышенного риска в отношении принадлежности обнаруженного у них узлового образования в ЩЖ к онкопатологии. Кроме того, в эту группу следует отнести пациентов, получавших ранее облучение шеи. Более настороженно следует относиться к узловым образованиям в ЩЖ у лиц, имеющих близких родственников с раком ЩЖ. Поэтому оперативная тактика у этих пациентов должна быть более активной. При обнаружении у больного узла диаметром более 3 см проводится пункционное исследование и решается вопрос об оперативном лечении независимо от результатов пункционного исследования. Лишь в случаях тяжелого общего состояния больного, обусловленного сопутствующей соматической патологией либо преклонным возрастом пациента, при отсутствии убедительных данных, свидетельствующих об онкологическом процессе, от операции можно воздержаться. В заключение

выделим показания к оперативному лечению при узловых образованиях ЩЖ: 1) большие размеры узла (более 3 см); 2) быстрый рост узла (более чем на 0,5 см за полгода), особенно на фоне адекватной супрессивной терапии; 3) токсический узловой (многоузловой) зоб независимо от размеров узла; 4) загрудинное расположение узлового зоба; 5) рак ЩЖ либо невозможность исключить его (по данным различных методов исследования, а также при наличии "подозрительных симптомов" — быстрый рост узла, очень плотный узел, фиксация узла к окружающим тканям, паралич голосовых связок, увеличение регионарных лимфатических узлов); 6) наличие узлового зоба у пациентов, относящихся к группе повышенного риска в отношении принадлежности узла к онкопатологии (молодой возраст, мужской пол, пациенты, получавшие облучение области шеи, наличие рака ЩЖ у близких родственников). Мы уверены, что подобный подход к диагностике и выбору лечения больных с узловыми образованиями ЩЖ позволяет проводить дифференцированный и строго обоснованный выбор тактики лечения больного. В свою очередь это приведет к повышению качества лечения больных и улучшению качества их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брейдо И. С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. — СПб, 1998.
2. Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы. — М., 1993.
3. Васильев В. М., Масальская Т. А. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы седьмого (девятого) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. — Липецк, 1998. — С. 48—50.
4. Ветшев П. С., Шкраб О. С., Чилингарики К. Е. // Хирургия. — 1995. — № 3. — С. 34—37.
5. Герасимов Г. А., Трошина Е. А. // Пробл. эндокринол. — 1998. — № 5. — С. 35—41.
6. Грановская А. М., Кочергина И. И., Леонова С. В. // Актуальные проблемы современной эндокринологии: Материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. — СПб, 2001. — С. 294.
7. Дедов И. И., Трошина Е. А., Александрова Г. Ф. Диагностика, лечение и профилактика узловых форм заболеваний щитовидной железы. — М., 1999.
8. Демин Л. Д., Моторина Т. А. // Ультразвуковая диагностика и дополнительные исследования: Тез. докл. 5-й Международной конф. — М., 1995. — С. 7.
9. Зефирова Г. С. Заболевания щитовидной железы. — М., 1999.
10. Зинкевич О. И., Зинкевич И. В., Кудинов И. В. // Актуальные проблемы современной эндокринологии: Материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. — СПб, 2001. — С. 303.
11. Зографски Ст. Эндокринная хирургия. — София, 1977.
12. Коломейцева М. Г., Неймарк И. И. Зоб и его профилактика. — М., 1963.
13. Краснова С. А. Сравнительная диагностика инструментальных методов исследования в диагностике и лечении различных заболеваний щитовидной железы: Дис. ... канд. мед. наук. — Алма-Ата, 1990.
14. Ольшанский В. О., Демидов В. П., Воронцов И. Б. // Хирургия. — 1987. — № 9. — С. 116—118.
15. Пачес А. И., Пропп Р. М. Рак щитовидной железы. — М., 1995.
16. Петров В. Г., Нелюева А. А., Якимов С. А., Еремин А. А. // Тюмен. мед. журн. — 1999. — № 3. — С. 35—37.
17. Петров В. Г., Нелюева А. А., Якимов С. А. // Актуальные проблемы заболеваний щитовидной железы: Тез. I-й Всероссийской науч.-практ. конф. — М., 2000. — С. 110—111.
18. Романчишен А. Ф. // Вестн. хир. — 1994. — № 1—2. — С. 3—6.
19. Узловой зоб — диагностика и лечение / Бубнов А. Н., Кузьмичева А. С., Гринев Е. Н., Трунин Е. М. — СПб, 1997.
20. AACE Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules (American Association of Clinical Endocrinologist). — 1996.
21. Bennedbaek F. N. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2000. — Vol. 85, N 7. — P. 2493—2498.
22. Biondi B. // Ibid. — 1993. — Vol. 77, N 2. — P. 334—338.
23. Biondi B. et al. // Ibid. — 1996. — Vol. 81. — P. 4224—4228.
24. Corapcioglu D. et al. // Thyroid Int. — 2001. — N 1/2. — P. 14.
25. Diacinti D. // Minerva Med. — 1992. — Vol. 83, N 11. — P. 745—751.
26. Harach H. R., Fransilla K. O., Wassenius V. M. // Cancer. — 1985. — Vol. 56, N 5. — P. 531—538.
27. Harvey R. D. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 1991. — Vol. 72, N 6. — P. 1189—1194.
28. Hurley D. L. // Otolaryngol. Clin. N. Am. — 1996. — Vol. 29, N 4. — P. 527—540.
29. La Rosa G. L. // Ann. Intern. Med. — 1995. — Vol. 122, N 1. — P. 1—8.
30. Lima N., Knobel M., Cavaliere H. et al. // Thyroid. — 1997. — Vol. 7, N 5. — P. 691—697.
31. Sigel R. D., Lee S. L. // Endocrinol. Metab. Clin. — 1998. — Vol. 27, N 1. — P. 152—173.
32. Vulpoi C. et al. // Thyroid Int. — 2001. — N 1/2. — P. 14.

Поступила 08.11.01