

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Н. Г. Шебушев, ¹В. Б. Богданович, ¹А. Н. Лызиков, ¹В. В. Аничкин,
²М. Ю. Бредихин

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель,
Беларусь

²ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель,
Беларусь

Во второй половине XX века на планете произошло много экологических катастроф, которые способствовали развитию экологического неблагополучия в этих регионах. Особым примером явилась авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) в 1986 году в регионе с умеренным йододефицитом. В результате аварии на ЧАЭС загрязнению радионуклидами подверглась огромная территория Республики Беларусь плотностью более 1 Ки/км². Несмотря на более чем 20-летнюю давность, катастрофа сохраняет предпосылки для возникновения как онкологических, так и соматических заболеваний щитовидной железы. В результате своего географического положения территория Гомельской области оказалась наиболее загрязненной. В постчернобыльский период отмечается значительное увеличение частоты узловых заболеваний щитовидной железы, в частности рака. Это приобретает все большую актуальность для онкологов, эндокринологов и хирургов.

Узловой зоб – это собирательное клиническое понятие, объединяющее различные по морфологии объемные образования щитовидной железы, выявляемые с помощью пальпации и визуализирующихся инструментальными методами диагностики, чаще ультразвукового исследования (УЗИ). Термин «многочисленный зоб» используется при обнаружении в щитовидной железе двух или более узловых образований. Наиболее частым заболеванием, протекающим с формированием узлов в щитовидной железе, является коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб, который по морфологии не относится к опухолям щитовидной железы.

Патологическое значение узлового зоба сводится к риску того, что узловое образование является злокачественной опухолью щитовидной железы в 2-7%. Среди злокачественных опухолей щитовидной железы в 90% встречается высокодифференцированный рак (папиллярный и фолликулярный).

Таким образом, основными направлениями диагностики, наблюдения и хирургического лечения пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы являются исключение злокачественной опухоли щитовидной железы, а также диагностика риска развития функциональной автономии щитовидной железы, симптомов сдавления органов шеи и косметического дефекта.

С целью определения эффективности дооперационной диагностики рака щитовидной железы было проведено статистическое исследование на базе ЛПУ «Отделенческая клиническая больница на ст. Гомель БелЖД».

Проанализированы результаты хирургического лечения 111 больных с узловой патологией щитовидной железы. Хирургическому лечению подверглись пациенты из всех регионов Гомельской области. По количественному составу наибольший процент составили больные из Речицкого района – 27 (24,32 %), Мозырского – 13 (11,71 %), Жлобинского – 18 (16,21 %), Рогачевского – 11 (9,9 %). Возрастной состав больных варьирует от 18 до 70 лет, из них: мужчин – 12 (10,81 %), женщины – 99 (89,19 %).

Большинство пациентов с узловыми образованиями составили женщины в следующих возрастных категориях: от 40 до 50 лет – 27 (24,32 %), более 60 лет – 35 (31,53 %).

Все оперированные были обследованы в Гомельском областном эндокринологическом диспансере. В процессе обследования использовались: анамнестические данные, осмотр и пальпация щитовидной железы и шеи, определялся уровень FT₄, ТТГ крови и антитела к ТПО, ультразвуковое сканирование, которое производилось от 1 до 5 раз в процессе диспансерного наблюдения; тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (ТПАБ) щитовидной железы под контролем УЗИ произведена всем пациентам, направленным на оперативное лечение, при этом злокачественной опухоли у них не выявлено. Больные с дооперационным диагнозом рака оперировались в Гомельском областном онкологическом диспансере.

У 14 больных при поступлении в стационар произведена рентгенография шеи с контрастированием пищевода, при этом – у 7 больных (6,3 %) диагностировано загрудинное расположение узлов щитовидной железы. 7 пациентов, осмотренных ЛОР-врачом, имели изменения голоса, при этом нарушения подвижности связочного аппарата не выявлено, были диагностированы явления хронического фарингита.

По степени увеличения объема щитовидной железы все пациенты распределены на V группы: I – 2 (1,8 %); II – 27 (24,32 %); III – 72 (64,86 %); IV – 13 (11,71%); V – 1 (0,9 %). Пациенты с IV и V степенью увеличения щитовидной железы отмечали неприятные ощущения при глотании (явления дисфагии), которые наблюдались у больных с загрудинным расположением зоба. Всем 111 больным произведены оперативные вмешательства на щитовидной железе. Объем операции зависел от количества объемных образований (моноузловой или многоузловой зоб). В группу больных с многоузловым зобом относили пациентов, у которых имелось 2 и более узлов в щитовидной железе.

На основании учета имеющихся данных у больных были произведены следующие оперативные вмешательства: резекция доли щитовидной железы – у 19 (17,13 %), гемитиреоидэктомия – у 47 (42,36 %), гемитиреоидэктомия + резекция другой доли – у 4 (3,6 %), субтотальная резекция щитовидной железы – у 30 (28,1 %), тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией – у 11 (9,9 %).

Во время операции производилась ревизия лимфатического аппарата шеи, при наличии увеличенных лимфатических узлов последние удалялись и подвергались срочному гистологическому исследованию. При срочном интраоперационном гистологическом исследовании у 4 (3,6 %) пациентов

диагностирован дифференцированный рак щитовидной железы, что послужило поводом к расширению объема оперативного вмешательства на щитовидной железе и лимфатическом аппарате шеи.

Четверо больных с интраоперационно диагностированным раком щитовидной железы находились на диспансерном учете от 6 месяцев до 2 лет в эндокринологическом диспансере. При этом дооперационные исследования, включающие ТПАБ, не помогли в постановке правильного диагноза.

Заключение. Анализируя результаты оперативного лечения узлового зоба, приходим к выводу, что дооперационные методы исследования: анамнез, осмотр, пальпация щитовидной железы и шеи, рентгенография шеи, осмотр связочного аппарата гортани, УЗИ, ТПАБ (без контролем УЗИ), не дают возможности 100 % диагностики раннего рака щитовидной железы. У 3,6 % больных рак щитовидной железы явился интраоперационной находкой. Срочное интраоперационное гистологическое исследование строго обязательно при хирургическом лечении узловых образований щитовидной железы.