

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹В. В. Тагчикин, ²С. А. Иванов, ³С. Н. Богомаз, ⁴Р. И. Бривков,
⁵Н. Ф. Лазарева, ⁶И. В. Хлусова

¹У «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»,
г. Гомель, Беларусь

²УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь

Синдром узлового образования в ткани щитовидной железы (ЩЖ) может быть выявлен пальпаторно только у 3-7 % населения, с использованием ультразвукового исследования (УЗИ) – у 20-76 % населения. Риск выявления злокачественной опухоли в узловом образовании ЩЖ выше у жителей районов, подвергшихся радиационному загрязнению во время чернобыльской катастрофы. Активное применение УЗИ щитовидной железы в качестве скринингового метода приводит к выявлению большого количества мелких интратиреоидных образований. Тонкоигольная аспирационная биопсия с последующим цитологическим исследованием позволяет проводить раннюю дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных узлов щитовидной железы с высокой степенью надежности. Однако в ряде случаев окончательный диагноз может быть достоверно установлен только после хирургического вмешательства. Высокая хирургическая активность в отношении узловой патологии ЩЖ в Гомельской области может быть объяснена также зобной эндемией и более агрессивным клиническим течением радиационно-индуцированного рака ЩЖ по сравнению со спорадическими формами.

Цель исследований – изучить особенности хирургического лечения различных форм узловой патологии ЩЖ в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере.

Исследование проведено на базе отделения опухолей головы и шеи Гомельского областного клинического онкологического диспансера. В течение 1996-2009 гг. выполнено 2293 вмешательства на ЩЖ при различных формах узловой патологии. Все пациенты подвергались до- и послеоперационному обследованию, включавшему общеклинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики. Все хирургические вмешательства выполнялись одним коллективом специалистов с использованием сложной манипуляционной техники. Пациентам проводилась однотипная периоперативная курация с учетом особенностей вмешательства и сопутствующих заболеваний. Половое распределение пациентов: мужчины – 796, женщины – 1497. 47 пациентов были оперированы более 1 раза. Средний возраст больных – $51,4 \pm 7,7$ года. Мы проанализировали структуру оперативных вмешательств при различных формах узловой патологии ЩЖ, частоту их

хождения случаев до- и послеоперационного диагноза, частоту общих и специфических осложнений в зависимости от объема операции.

У оперированных пациентов на основании клинических, инструментальных, лабораторных и морфологических данных были диагностированы следующие нозологические формы тиреоидной патологии: рак ЩЖ различного морфологического строения – 765 (33,4 %), лимфома ЩЖ – 3 (0,1 %), аденома ЩЖ – 593 (25,9 %), эутиреоидный зоб – 814 (35,5 %), аутоиммунный тиреоидит – 99 (4,3 %), подострый тиреоидит – 3 (0,1 %), диффузный токсический зоб – 16 (0,7 %). Таким образом, у трети пациентов, которые были оперированы по «онкологическим» показаниям (цитологически верифицированный рак, подозрение на рак по совокупности анамнестических, клинических, эоскопических и цитологических данных), диагноз рака был подтвержден при гистологическом исследовании удаленной тиреоидной ткани. Мы склонны объяснить также соотношение до- и послеоперационных диагнозов сложностью цитологической диагностики некоторых форм доброкачественной патологии щитовидной железы и зобной железы в Гомельском регионе. Нередко в удаленной ткани ЩЖ выявляли локальную опухоль менее 3-4 мм в диаметре (то есть не на грани чувствительности метода УЗИ) вне узлового образования, которое было причиной обращения в клинику. Гистологическое строение эпителиальных злокачественных опухолей: папиллярный рак – 743 (97,1 % в структуре карцином), фолликулярный рак – 13 (1,7 %), медуллярный рак – 6 (0,9 %), недифференцированный рак – 3 (0,4 %).

Общая структура оперативных вмешательств имела следующий вид: органосохраняющая операция (гемитиреоидэктомия, резекция доли, резекция перешейка ЩЖ) – 1301, субтотальная тиреоидэктомия – 63, тиреоидэктомия – 155, тиреоидэктомия с шейной лимфодиссекцией – 721, удаление тиреоидного остатка (повторная операция на ЩЖ) – 53. Все операции выполнены по методике «экстракапсулярного, экстрафасциального удаления тиреоидной ткани со срочным гистологическим исследованием патологического образования и решением вопроса о дальнейшей хирургической тактике (расширение объема операции на ЩЖ, объем лимфаденэктомии) в зависимости от морфологического заключения. У 37 пациентов диагноз рака ЩЖ был установлен только при плановом гистологическом исследовании, что определило показания к реконструкции и объему удаления тиреоидного остатка.

В послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: разрыв внутренних мышц гортани – 89 (3,9 %), в том числе односторонний – 82, двусторонний – 7; кровотечение из операционной раны – 28 (1,2 %); лимфоррея из грудного лимфатического протока – 8 (0,3 %); травма шейного отдела пищевода – 2 (0,1 %); травма шейного отдела трахеи – 1 (0,05 %); травма магистральных артерий шеи – 1 (0,05 %); травма блуждающего, диафрагмального нерва, плечевого сплетения – 3 (0,1 %); гипокальциемия – 184 (8,0 %). Гипокальциемия после тиреоидэктомии с шейной лимфодиссекцией отмечалась в 144 наблюдениях (20,0 %), что объяснимо операционной травмой околощитовидных желез при более объемном вмешательстве. Развитие стеноза гортани при двусторон-

нем разрезе внутренних мышц гортани потребовало наложения трахеостомы у 6 пациентов. Все случаи раневого кровотечения отмечены на 1–2 сутки после вмешательства, производилась ревизия раны с окончательным гемостазом. При разрезе внутренних мышц гортани и гипокальциемии проводилось медикаментозное лечение. Ни разу не отмечено развития гнойно-воспалительных осложнений со стороны раны и осложнений общего характера.

Заключение. Хирургическое лечение узловых образований ЩЖ в условиях онкологического диспансера предполагает выявление злокачественных и доброкачественных заболеваний примерно в отношении 1:2. Наполнение операций на ЩЖ в условиях отделения опухолей головы и шеи оправдывает себя с учетом частоты выполнения шейных лимфаденэктомии и расширенных вмешательств. Работа хирургического отделения, в котором осуществляется лечение узловой патологии ЩЖ, требует тесного сотрудничества с эндокринологической и фониатрической службой с учетом частоты и структуры специфических послеоперационных осложнений.