

ВИЛКОВ А. В., МОХИТ, СРИКУМАР АБХИРАМИ
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аннотация. Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов с доброкачественными образованиями щитовидной железы. При гистологическом исследовании операционного материала у больных с диагнозом «фолликулярная неоплазия» злокачественная опухоль обнаруживалась в 6,7% случаев. При наличии у больного фолликулярной опухоли, операциями выбора являются органосохраняющие – гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка и субтотальная резекция. При карциноме необходимо выполнение тиреоидэктомии, а при наличии признаков ее распространения – тиреоидэктомии с лимфаденэктомией.

Ключевые слова: фолликулярная неоплазия щитовидной железы, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия, хирургическое лечение.

VILKOV A. V., MOHIT, SREEKUMAR ABHIRAMI
RESULTS OF FOLLICULAR THYROID NEOPLASIAS SURGICAL TREATMENT

Abstract. A retrospective analysis of 30 case histories of patients with benign thyroid tumors is carried out. Histological examination of surgical material in patients diagnosed with follicular neoplasia reveals a malignant tumor in 6.7% of cases. If the patient has a follicular tumor, the doctor opts for organ-preserving operations, i.e. hemithyroidectomy with isthmus resection and subtotal resection. In case of carcinoma, thyroidectomy is necessary, and in the presence of signs of its spread – thyroidectomy with lymphadenectomy.

Keywords: follicular neoplasia of the thyroid gland, fine needle aspiration biopsy, surgical treatment.

Введение. На современном этапе оперативное вмешательство является обязательным компонентом лечения новообразований щитовидной железы. К сожалению, послеоперационное морфологическое исследование удаленной ткани щитовидной железы с подозрением на малигнизацию в ряде случаев определяет признаки доброкачественного процесса без онкотрансформации клеток. Количество таких операций, в основном, эксплоративного характера, достигает 25% от количества хирургических вмешательств у больных с новообразованиями в щитовидной железе. Так как определение морфологического характера фолликулярной неоплазии является сложнейшей диагностической проблемой, то в случаях, когда на основании цитологического исследования по результатам исследования биоптата, полученного при тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ)

узла, пациенту устанавливается диагноз «фолликулярная опухоль», требуется уточнение признаков злокачественности [1].

Термин «фолликулярная неоплазия» объединяет группу новообразований, цитологическая картина которых характеризуется преобладанием в пунктате фолликулярных структур с полиморфизмом или без него. Распространенность фолликулярной неоплазии по данным ТАПБ составляет 10–15 % среди всех узловых образований щитовидной железы, в большинстве случаев, имеющих доброкачественное течение. При этом, примерно в 1 из 10–15 случаев, фолликулярная неоплазия оказывается злокачественным новообразованием, как правило, фолликулярным раком с высокой степенью дифференцировки [2; 3].

До сих пор нет единого мнения о наиболее значимом опухолеспецифическом молекулярном диагностическом маркере, и ни один из применяемых параметров не вышел за стадию лабораторных исследований и не нашел клинического применения. Врач-клиницист в настоящее время не только не располагает возможностями провести дифференциальную диагностику между злокачественной и доброкачественной фолликулярной опухолью, но и практически не имеет специфичных клинико-лабораторных показателей, позволяющих выделить среди этой категории пациентов лиц, относящихся к группам разного онкологического риска, что могло бы позволить осуществить выбор дифференцированной тактики хирургического лечения [1; 4]. Потенциальной диагностической ценностью могут обладать иммунные параметры из классов пептидных иммуномедиаторов. Все это указывает на необходимость проведения дальнейших исследований в направлениях модернизации диагностики и терапии новообразований.

Цель работы – оптимизация диагностической и лечебной тактики больных с фолликулярными неоплазиями щитовидной железы путем анализа послеоперационных гистологических заключений.

Материал и методы исследования. Ретроспективному анализу были подвергнуты истории болезни 30 пациентов, находившихся на лечении в I хирургическом отделении государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница № 4» за 2023–2024 гг. Они были направлены на плановое хирургическое лечение с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы, у 6 (20%) из них при цитологическом исследовании определилась фолликулярная неоплазия.

Результаты исследования. Все пациенты с фолликулярными неоплазиями были женщинами в возрасте от 40 до 65 лет. Они предъявляли жалобы на ощущение объемного образования на передней поверхности шеи, чувство «кома в горле», быструю утомляемость. При объективном обследовании определялись эутиреоидное состояние и увеличение щитовидной железы II степени (по ВОЗ), у 2 пациентов с признаками компрессии трахеи. При

ультразвуковом исследовании (УЗИ) щитовидной железы у них были выявлены единичные или множественные узловые образования размерами от 4 до 6 см с разнообразной эхоэмоиотикой.

Операции выполнялись под внутривенным наркозом с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) после тщательной предоперационной подготовки и выбора адекватного обезболивания и седации. Двум пациентам выполнена гемитиреоидэктомия, четырем – тиреоидэктомия. По данным гистологического исследования в морфологической структуре фолликулярных неоплазий у 4 (66,7%) оперированных больных преобладали признаки фолликулярных аденом, папиллярный рак составил 33,3% случаев.

Полученные данные обосновывают необходимость при определении показаний к оперативному лечению пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы с цитологическими заключениями относящихся к категориям Bethesda III и дополнительно учитывать клинические данные, такие как – онкологический анамнез, локализация и размер, динамика роста узла, пол и возраст пациента в совокупности с данными ультразвуковой семиотики (с определением риска злокачественности по системе (EU-TIRADS)). При отсутствии анамнестических, клинических факторов онкологической настороженности, дискордантных данных результатов ультразвукового (EU-TIRADS-2-3) и цитологического исследований (Bethesda IV) целесообразно провести молекулярно-генетическое исследование цитологического материала, и при отсутствии молекулярно-генетических признаков злокачественной опухоли воздержаться от оперативного вмешательства.

Клиническое наблюдение. Больная О. госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на ощущение объемного образования на передней поверхности шеи, общую слабость. Больной себя считает в течение 5 лет, когда при диспансеризации было выявлено новообразование в щитовидной железе. При выполнении ТАПБ узла в левой доле обнаружили признаки фолликулярной аденомы (Bethesda IV). При госпитализации состояние пациентки удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Отеков нет. Лимфатические узлы без особенностей. Дышит через нос свободно. Перкуторный звук легочный над всей поверхностью легких. При аускультации дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, артериальное давление 110/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 86 ударов в минуту, частота дыхательных движений 16 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Объемных образований в брюшной полости не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины, сотрясения отрицательные. Печень не увеличена, безболезненная. Перистальтика выслушивается. Локальный статус: щитовидная железа увеличена в размерах за счет левой доли по классификации ВОЗ 2 ст., при пальпации мягко-эластической консистенции,

безболезненная, правая доля не увеличена. В левой доле в нижнем полюсе определяется объемное образование округлой формы размером 3,5×2,5×3 см. Лимфатические узлы шеи не пальпируются. Глазные симптомы отрицательные.

План ведения больной включал клинико-биохимические анализы крови, общий анализ мочи, УЗИ щитовидной железы, подготовку к оперативному вмешательству и премедикацию, проведение односторонней лобэктомии щитовидной железы (гемитиреоидэктомии) с гистологическим исследованием операционного материала.

Данные УЗИ щитовидной железы: положение обычное, контуры левой доли неровные, размеры увеличены. Правая доля изоэхогенна и однородна. Значительную часть левой доли (кроме верхнего полюса) занимает узловое образование изоэхогенной неоднородной структуры 3,5×2,4×2,8 см со смешанным типом кровотока. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Заключение: ультразвуковые признаки узлового зоба.

Предоперационный эпикриз: показания к операции и обезболиванию основаны на клинико-инструментальных, лабораторных данных и результатах цитологического исследования аденомы левой доли щитовидной железы (фолликулярная аденома). Обнаруженный узел в левой доле более 3 сантиметров в диаметре является показанием к операции – гемитиреоидэктомии слева под внутривенным наркозом с ИВЛ.

Ход операции: под внутривенным наркозом с ИВЛ был выполнен разрез кожи на передней поверхности шеи длиной 8 см на 2 см выше яремной вырезки грудины. Пересечены мышцы. Выделена левая доля щитовидной железы размером 5×3×4 см, плотноэластической консистенции. Практически всю левую долю занимал один большой узел. Выделены верхняя и нижняя щитовидные артерии, перевязаны. После перевязки сосудов левая доля щитовидной железы удалена экстрафасциально. Правая доля пальпаторно не увеличена, узлы в ней не определялись. Контроль гемостаза – сухо. Слева установлен перчаточный дренаж. Наложены послойно швы на рану, асептическая повязка. Макропрепарат левой доли щитовидной железы отправлен на гистологическое исследование. Прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала выявило гистологическую картину больше соответствующую фолликулярному раку с инвазивным ростом в капсулу.

Таким образом, наличие и распространенность фолликулярных новообразований щитовидной железы подчеркивают настоятельную необходимость мультидисциплинарного подхода к их диагностике и разработке эффективной стратегии лечения.

Выводы.

1. При морфологическом исследовании операционного материала у больных с диагнозом «фолликулярная неоплазия» злокачественная опухоль выявляется в 6,7% случаев узловых поражений щитовидной железы.

2. Клиническими признаками, при которых отмечается повышенная частота встречаемости злокачественных опухолей, являются: женский пол, возраст 40–65 лет, ограниченная подвижность узла. Эхоэмиотические признаки злокачественной опухоли щитовидной железы включают неправильность формы узла, нечеткость контуров, неровность границ, разрывы капсулы.

3. Больных при наличии всех признаков злокачественности следует относить к группе высокого риска с обязательным выполнением оперативного вмешательства. В случае отсутствия ограниченной подвижности узла и эхоэмиотических признаков злокачественности пациента следует отнести к группе низкого риска, когда оперативное лечение не носит срочного и обязательного характера.

4. Автономно функционирующий узел с наличием тиреотоксикоза не характерен для злокачественной фолликулярной неоплазии. Пациентов с такими признаками следует относить к группе очень низкого риска, с последующим применением локальной этанолдеструкции или радиойодтерапии.

5. При наличии у больного фолликулярной опухоли операциями выбора являются органосохраняющие – гемитиреоидэктомия с резекцией перешейки и субтотальная резекция. При карциноме необходимо выполнение тиреоидэктомии, а при наличии признаков ее распространения – тиреоидэктомии с лимфаденэктомией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шестериков А. С. Фолликулярная неоплазия щитовидной железы (клинико-морфологические корреляции, хирургическое лечение): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2006. – 20 с.
2. Трошина Е. А., Мазурина Н. В., Абесадзе И. А., Юшков П. В., Егорычева Е. К. Фолликулярная неоплазия щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. – 2006. – № 52 (1). – С. 22–25.
3. Тимофеева Н. И. Современный алгоритм дифференциальной диагностики и оптимизация тактики хирургического лечения у больных с узловыми образованиями щитовидной железы: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2008. – 20 с.
4. Стяжкина С. Н., Башмаков А. Б., Идиатуллин Р. М., Кабанова Е. В., Семеновых Е. А. Проблемы дифференциальной диагностики фолликулярной аденомы и фолликулярного рака щитовидной железы (клинический случай) [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27727> (дата обращения: 20.11.2024).