

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА МНОГОУЗЛОВОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА

М.К. ГУЛОВ¹, А.Г. РАСУЛОВ¹, З.М. НУРОВ¹, Х.М. СОЛИЕВ²

¹ Кафедра общей хирургии №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан
² Городская клиническая больница №5 им. академика К.Т. Таджиева, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучить структуру и частоту многоузлового эутиреоидного зоба (МЭЗ) на основании послеоперационного гистологического исследования.

Материал и методы: работа основана на исследовании, в которое были включены 63 пациента, оперированные в отделении общей хирургии ГКБ №5 им. академика К.Т. Таджиева в период с 2014 по 2016 годы. Из общего количества пациентов МЭЗ составил – 42 (66,7%) случая. Среди больных с МЭЗ мужчин было 3 (7,2%), женщин – 39 (92,8%). Возраст больных варьировал от 18 до 77 лет, в среднем составил 48,3±12,9 лет.

Результаты: в работе представлена клиничко-морфологическая картина и частота встречаемости МЭЗ до операции, по данным объективных и инструментальных методов, и после операции, по данным гистологического исследования. Результаты показали, что частота МЭЗ до операции была 66,7 %, а после гистологического исследования составила 30,1 %. В остальных случаях верифицирован узловой или диффузный зоб.

Заключение: по данным клиничко-морфологической картины МЭЗ ведущее место занимает коллоидный пролиферирующий разной степени зоб. Частота встречаемости МЭЗ намного меньше после гистологического исследования, так, как в определённых случаях под маской МЭЗ оперируется узловой и/или диффузный зоб.

Ключевые слова: многоузловой зоб, тонкоигольная аспирационная биопсия, ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, гистологическое исследование.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MULTINODULAR EUTHYROID GOITER

M.K. GULOV¹, A.G. RASULOV¹, Z.M. NUROV¹, H.M. SOLIEV²

¹ Department of General Surgery №1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan
² City Clinical Hospital №5 named after Academician Tadjiev K.T., Dushanbe, Tajikistan

Objective: To study the structure and the rate of multinodular euthyroid goiter (MEG) based on the results of postoperative histological examination.

Methods: The study is based on investigation which included 63 patients operated at the Department of General Surgery, in Local Clinical Hospital №5 named after Academician Tadjiev K.T. in the period of 2014-2016 years. MEG comprised 42 (66.7%) cases from the total number of patients. There were 3 (7.2%) of men and 39 (92.8%) of women among the patients with MEG. The age of patients varied from 18 to 77 years, averaged to 48.3±12.9 years.

Results: The current study presents the clinicopathological finding and the rate of MEG before operation, on data of objective and instrumental methods, and after surgery, based on the results of histological study. The obtained results demonstrated that the rate of MEG before operation was 66.7 %, and after histological study comprised to 30.1 %. In the rest of the cases it was presented by nodular or diffuse goiter.

Conclusions: In data base of clinicopathological finding of MEG the leading place belongs to the colloid goiter possessing various degree of proliferation. The rate of MEG considerably smaller after the histological study, as in certain cases under the mask of the MEG the nodular and/or diffuse goiter undergoes surgery.

Keywords: Multinodular goiter, fine-needle aspiration biopsy, ultrasound investigation, computed tomography and magnetic resonance imaging, histological study.

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время в структуре эндокринных заболеваний растёт число различных вариантов патологии щитовидной железы (ЩЖ), что связывают с зубной эндемией, экологическим неблагополучием и ослаблением профилактического направления в медицине [1-5]. Многоузловой эутиреоидный зоб (МЭЗ) – собирательное клиническое понятие, характеризующееся наличием в ткани ЩЖ двух и более очаговых образований, которые могут располагаться в одной или обеих долях ЩЖ при эутиреоидном состоянии. Выявить их можно пальпаторно или при помощи ультразвукового исследования (УЗИ), тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) с последующим цитологическим исследованием, компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) [2,3,6-8]. Частота МЭЗ, по данным Цуркана А.Ю. [6], составляет – 56,54%, а Черников Р.А. [2] приводит цифру 52,68%. Следует отметить что, распространён-

ность данного заболевания в структуре хирургической патологии ЩЖ в течение последних десятилетий значительно увеличилась и имеет тенденцию к росту [2,5,9]. По мнению большинства авторов МЭЗ является показанием для проведения оперативного вмешательства (гемитиреоидэктомии, субтотальной резекции или тиреоидэктомии) [2,3,9]. Однако вопрос о том, соответствуют ли узловые образования ЩЖ, которые исходно были выявлены пальпаторно или инструментальными методами и подтверждены гистологическим исследованием в ходе ТАБ, данным послеоперационного гистологического исследования или нет, до сих пор является темой дискуссии исследователей [5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить структуру и частоту МЭЗ на основании послеоперационного гистологического исследования.

Таблица 1. Виды оперативных вмешательств, проведённых в исследуемых группах

Название операции	Исследуемая группа	Количество пациентов
Гемитиреоидэктомия справа	1	9
Гемитиреоидэктомия слева	2	7
Гемитиреоидэктомия слева и резекция части правой доли с узлом	3	10
Гемитиреоидэктомия справа и резекция части левой доли с узлом	4	11
Субтотальная субфасциальная резекция ЩЖ	3-4	5
Всего		42

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основой работы послужило исследование, в которое были включены 63 пациента, оперированного в отделении общей хирургии ГКБ №5 им. академика К.Т. Таджикиева в период с 2014 по 2016 годы. Из общего количества пациентов МЭЗ выявлен у 42 (66,7%) больных, в том числе у 3 мужчин (7,2%) и 39 женщин (92,8%). Возраст больных варьировал от 18 до 77 лет, в среднем равнялся 48,3±12,9 лет. Давность заболевания составила от 4 до 12 лет, но в большинстве случаев 5-6 лет. Все пациенты до обращения в клинику лечились консервативно и были направлены эндокринологом для проведения оперативного вмешательства. Больные с раком ЩЖ были исключены из исследования.

Всем пациентам на диагностическом этапе, наряду с объективными методами исследования (осмотр, пальпация), проведены УЗИ (аппарат «LOGIQ 100 PRO»), тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) с ультразвуковым контролем положения иглы, КТ (64-срезовый аппарат «Neusoft») или МРТ (аппарат «Magnetom Symphony» с индукцией магнитного поля 1,5 Тесла). При проведении ТАБ в большинстве случаев биоптат был получен из самого большого узла.

В зависимости от количества узловых образований и их локализации в ЩЖ пациенты были разделены на следующие исследуемые группы:

- Пациенты с двумя и более узлами в правой доле ЩЖ (n=9).
- Пациенты с двумя и более узлами в левой доле ЩЖ (n=7).
- Пациенты с одним узлом в правой и несколькими в левой доле ЩЖ (n=12).
- Пациенты с одним узлом в левой и несколькими в правой доле ЩЖ (n=14).

В стационаре больные находились от 5 до 9 дней, включая предоперационную подготовку и послеоперационный период.

Таблица 2. Количество узлов в ткани ЩЖ по данным патоморфологического исследования

Группы	МЭЗ				Узловой зоб		Неравномерная гиперплазия ЩЖ
	Общее кол-во пациентов	Узлы в правой доле	Узлы в левой доле	Узлы в обеих долях	Узел в правой доле	Узел в левой доле	
Первая группа	3	3	-	-	2	-	4
Вторая группа	4	-	4	-	-	1	2
Третья группа	6	2	2	2	2	-	4
Четвёртая группа	6	1	2	3	-	3	5
Всего	19	6	8	5	4	4	15

На этапе лечения больным, в зависимости от количества и местонахождения узлов, проведены различные операции (табл. 1).

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом или под местным обезболиванием с нейролептанальгией. Во всех случаях удалённый материал подвергся гистологическому исследованию с целью дифференциальной диагностики многоузловой зоба от диффузно-узловой зоба и неравномерной гиперплазии ткани ЩЖ. Следует отметить, что нередко при диффузно-узловом пролиферирующем зобе с неравномерным залеганием ткани железы ставится диагноз «многоузловой зоб», а при гистологическом исследовании не все узлы имеют собственное кровоснабжение и капсулу [5].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Морфологическая структура была представлена различной патологией, среди которой превалировал коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб. Из 42 случаев коллоидный зоб был установлен у 9 (21,4%) больных, сочетание доброкачественных заболеваний ЩЖ – у 11 (26%), аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – у 1 (2,3%), аденома – у 5 (11,9%) пациентов. В структуре сочетания доброкачественных заболеваний ЩЖ наиболее часто (n=7) наблюдался тандем коллоидного зоба и аденомы (63,63%). Несколько реже отмечалось сочетание коллоидного зоба с очаговым АИТ в 9,1% (n=1), а также аденомы и АИТ – 9,1% (n=1), коллоидного зоба с аденомами и АИТ – 18,18% (n=2). При проведении гистологического исследования удалённого материала, не всегда подтверждались цитологическая картина первичного диагноза и количество узлов. При сравнении морфологической картины послеоперационного гистологического материала с цитологическим заключением ТАБ, расхождение наблюдалось у тех пациентов, где цитологическое заключение было сформулировано, как «фолликулярная опухоль». Гистологическая картина у больных с цитологическим диагнозом «фолликулярная опухоль» была представлена коллоидным зобом, аутоиммунным тиреоидитом с узлообразованием и фолликулярной аденомой.

ногда при пункции биоптат получали из дегенеративно-изменённых участков, и результат оценивали как неинформативный. В ряде случаев, даже при достаточном количестве материала, возникали трудности его оценки. Поэтому ТАБ является хоть и необходимым, но вовсе не абсолютно информативным методом исследования.

Из общего количества пациентов (n=42) в первой группе в 3 случаях (7,1%), во второй группе в 4 случаях (9,5%), в третьей группе в 6 (14,2%) и в последней группе в 6 (14,2%) случаях были выявлены два и более узлов в ткани ЩЖ, подтверждённые при гистологическом исследовании. Подробности полученных результатов приведены в таблице 2.

Из общего числа больных (n=42), оперированных по поводу МЭЗ, узловой зоб (УЗ) был выявлен у 8 (19%) пациентов, МЭЗ – у 19 (45,2%) больных. В остальных случаях диагностирована неравномерная гиперплазия ткани ЩЖ. Вследствие того, что ЩЖ покрыта неравномерным слоем мышц шеи и там, где меньше сопротивление, может хорошо развиваться гиперплазия, что можно иногда принять за объёмное образование. При гистологическом же исследовании, она лишена собственной капсулы и питающего сосуда, т.е. наличие узла при этом исключается.

При сравнении данных, полученных до операции и данных гистологического исследования, можно увидеть серьёзные расхождения (табл. 3).

Как видно из таблицы, неравномерная гиперплазия ЩЖ до операции не определяется, так как она зачастую принимается за МЭЗ. Поэтому частота МЭЗ до операции составляла 66,7%. После гистологического исследования материала частота МЭЗ составила 30,1%, УЗ – 46,1 % и в 23,8 % случаев выявлена неравномерная гиперплазия ЩЖ. Различия между данными литературы, касающихся частоты МЭЗ до операции, по сравнению с нашими данными незначительны, однако результаты, полученные нами после гистологического исследования, серьёзно отличаются от данных других авторов.

Ниже приведём клинический пример из нашей практики.

Больная М., 1972 г.р., поступила в отделение с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой половине шеи, неприятные ощущения при акте глотания и дискомфорт. Считает себя больной в течение 6 лет. При осмотре области шеи наблюдается выбухание с левой стороны. При пальпации шеи, в левой половине, ощущается округлое образование размером 30x20 мм, а с правой стороны – несколько образований меньшего размера. Заключение УЗИ: «Узел в правой доле размером 28x20 мм и узлы в левой доле размерами 10x12; 10x10; 10x12 мм. Цитологическое заключение ТАБ с УЗ-контролем положения иглы: «Ма-



Рис. Макропрепарат – узел из левой доли ЩЖ (Объяснение в тексте)

териал узла левой доли – аденома; большого узла правой доли – фолликулярная опухоль». Диагноз до операции: «Многоузловой эутиреоидный зоб II ст.». Исходя из этих данных, больной проведена гемитиреоидэктомия с правой стороны и резекция части левой доли с узлом. Во время операции, при резекции части левой доли, узел был отделён от окружающих тканей, а питающий его сосуд был выделен и лигирован (рис.). После операции, при гистологическом исследовании материала, было обнаружено, что в правой доле узлов не оказалось, и имеется неравномерная гиперплазия ткани ЩЖ. Морфологическая характеристика узла левой доли совпала с результатами цитологического заключения ТАБ, а морфология правой доли соответствовала коллоидному зобу. Подобные случаи встречались не редко. Поэтому о частоте МЭЗ можно судить лишь после гистологического исследования удалённого материала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В структуре клинко-морфологической картины МЭЗ ведущее место занимает коллоидный пролиферирующий в разной степени зоб и сочетание доброкачественных заболеваний ЩЖ. Следует отметить, что об истинной частоте МЭЗ можно судить только после гистологического исследования в послеоперационном периоде, так как в нередких случаях под маской МЭЗ оперируется узловой или диффузный зоб.

Таблица 3. Сравнительная оценка частоты встречаемости больных узловым зобом до и после патоморфологического исследования

	По данным объективных и инструментальных методов исследования			По данным патоморфологического исследования после операции		
	МЭЗ	УЗ	НГЩЖ*	МЭЗ	УЗ	НГЩЖ*
Количество пациентов	42	21	-	19	29	15
%	66,7	33,3	-	30,1	46,1	23,8

*- Неравномерная гиперплазия ЩЖ

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристархов ВГ, Данилов НВ. Отдалённые результаты оперативного лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы у пожилых пациентов. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2014;1:103-4.
2. Черников РА. Узловой зоб (эпидемиология, методы выявления, диагностическая тактика). *Клиническая и экспериментальная тиреодология*. 2013; 9(2):22-35.
3. Цуркан АЮ. Хирургическая тактика при многоузловом эутиреоидном зобе. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2011; 4(1):153-5.
4. Гулов МК, Нуров ЗМ. Профилактика ранних послеоперационных осложнений в хирургии диффузного токсического зоба. *Вестник Авиценны*. 2012;1:40-2.
5. Каххаров АН, Ибодова ГХ. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения доброкачественного узлового и многоузлового зоба. *Здравоохранение Таджикистана*. 2016;1:77-82.
6. Цуркан АЮ, Ванушко ВЭ, Бельцевич ДГ, Ланшаков КВ, Манушакян ГА. Современные подходы к лечению многоузлового эутиреоидного зоба. *Клиническая и экспериментальная тиреодология*. 2010;6(1):3-11.
7. Штандель СА, Барияк ИР, Хазиев ВВ, Гопкалова ИВ. Заболевания щитовидной железы и факторы, влияющие на их распространённость в популяции. *Экологическая генетика*. 2010;8(1):42-9.
8. Юсупова ШЮ, Зокиров РА, Абдурозиков АА, Окилов МО. Результаты ультразвукового исследования состояния тиреоидной паренхимы. *Вестник Авиценны*. 2012;4:77-9.
9. Gemez PA, Gutierrez MT, Gomez J. Development and outcomes of the surgical management of multinodular goiter. *Cir Esp*. 2013;80(2):83-9.

REFERENCES

1. Aristarkhov VG, Danilov NV. Otdalyonnye rezul'taty operativnogo lecheniya dobrokachestvennykh zabolovaniy shchitovidnoy zhelezy u pozhilykh patsientov [Long-term results of operative treatment of benign thyroid diseases in elderly patients]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik imeni akademika I.P. Pavlova*. 2014;1:103-4.
2. Chernikov RA. Uzlovoy zob (epidimiologiya, metody vyyavleniya, diagnosticheskaya taktika) [Nodular goiter (epidemiology, detection methods, diagnostic tactics)]. *Klinicheskaya i eksperimental'naya tireoidologiya*. 2013; 9(2):22-35.
3. Tsurkan AYU. Khirurgicheskaya taktika pri mnogouzlovom eutireoidnom zobe [Surgical tactics for multinodular euthyroid goiter]. *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii*. 2011;4(1):153-5.
4. Gulov MK, Nurov ZM. Profilaktika rannikh posleoperatsionnykh oslozhneniy v khirurgii diffuznogo toksicheskogo zoba [Prevention of early postoperative complications in the surgery of diffuse toxic goiter]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avitsenny)*. 2012;1:40-2.
5. Kakhkharov AN, Ibodova GK. Sovremennye aspekty diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya dobrokachestvennogo uzlovogo i mnogouzlovogo zoba [Modern aspects of diagnosis and surgical treatment of benign nodal and multinodal goiter]. *Zdravoookhranenie Tadzhikistana*. 2016;1:77-82.
6. Tsurkan AYU, Vanushko VE, Beltsevich DG, Lanshakov KV, Manushakyan GA. Sovremennye podkhody k lecheniyu mnogouzlovogo eutireoidnogo zoba [Modern approaches to the treatment of multinodal euthyroid goiter]. *Klinicheskaya i eksperimental'naya tireoidologiya*. 2010;6(1):3-11.
7. Shtandel' SA, Barylyak IR, Khaziev VV, Gopkalova IV. Zabolovaniya shchitovidnoy zhelezy i factory, vliyayushchie na ikh rasprostrannost' v populyatsii [Diseases of the thyroid gland and factors affecting on their prevalence in the population]. *Ekologicheskaya genetika*. 2010;8(1):42-9.
8. Yusupova ShYu, Zokirov RA, Abdurozikov AA, Okilov MO. Rezul'taty ultrazvukovogo issledovaniya sostoyaniya tireoidnoy parenkhimy [Results of ultrasound examination of the thyroid tissue]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avitsenny)*. 2012;4:77-9.
9. Gemez PA, Gutierrez MT, Gomez J. Development and outcomes of the surgical management of multinodular goiter. *Cir Esp*. 2013; 80(2):83-9.



СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Гулов Махмадшох Курбоналиевич, д.м.н., профессор кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Расулов Абдуллоджон Гафурович, аспирант кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Нуров Зоиршо Мирахмадович, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Солиев Холмурод Махмудович, врач-функционалист консультативно-диагностического отделения ГКБ № 5 им. академика К.Т. Таджикива

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.



АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Расулов Абдуллоджон Гафурович
аспирант кафедры общей хирургии № 1 Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139

Тел.: (+992) 938 207795

E-mail: abdullo.med@mail.ru



AUTHOR INFORMATION

Gulov Mahmadsloh Kurbonalievich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor at the Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University

Rasulov Abdullodjon Gafurovich, post-graduate student at the Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University

Nurov Zoirsho Mirahmadovich, Candidate of Medical Sciences, Assistant at the Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University

Soliev Holmurod Mahmudovich, Doctor-Functionalist at the Department of Consultative and Diagnostic Medicine of City Clinical Hospital № 5 named after Academician Tadjiev K.T.



ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Rasulov Abdullodjon Gafurovich
Post-graduate student at the Department of General Surgery № 1
Avicenna Tajik State Medical University

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Avenue, 139,

Tel.: (+992) 938 207795

E-mail: abdullo.med@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ГМК
Сбор материала: РАГ, НЗМ, СХМ
Статистическая обработка данных: РАГ, НЗМ
Анализ полученных данных: РАГ, НЗМ, СХМ
Подготовка текста: РАГ, НЗМ
Редактирование: ГМК, НЗМ
Общая ответственность: ГМК

Поступила 18.11.2016

Принята в печать 26.01.2017

Submitted 18.11.2016

Accepted 26.01.2017