

УДК 616.441-089.87

В.Є. Вансович, Ю.М. Котік

Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. М.А. Капталъян)
Одеського національного медичного університету

МОЖЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ВУЗЛОВОГО ЗОБУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ТОНКОГОЛКОВОЇ АСПІРАЦІЙНОЇ ПУНКЦІЙНОЇ БІОПСІЇ

Резюме. Питання вибору оптимальної лікувальної тактики пацієнтів із вузловими утвореннями щито-подібної залози лишається актуальною проблемою. Представлене дослідження є можливою спробою об'єктивізації стратегії хірургічного лікування хворих із вузловим зобом на основі даних УЗД та результатів тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії. Перевагу оперативному втручання, на нашу думку, слід надавати у випадках наявності на УЗД нерівномірності ехоструктури та неправильної форми вузла, нечітко вираженої капсули і наявності кальцинатів у поєднанні із підозрілим результатом тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії.

Ключові слова: вузловий зоб, тонкоголкова аспіраційна пункційна біопсія, лікування.

Питання вибору оптимальної лікувальної тактики пацієнтів із вузловими утвореннями щитоподібної залози (ЩЗ) залишається актуальною спільною проблемою ендокринологів та хірургів. Шляхом виконання тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) вузлових утворень під УЗД-контролем можна з досить високою вірогідністю (до 90-95%) встановити злякисне перетворення клітин вузла. Одночасно до стандарту обстеження пацієнтів із патологією ЩЗ входить дослідження гормонального статусу (ТТГ, Т₃, Т₄), імунологічних порушень (рівень антитіл до тиреоїдної пероксидази та рецептору ТТГ).

Дискутабельним є питання визначення показань до оперативного лікування пацієнтів із невеликими розмірами вузлів (до 1,5-2,0 см), особливо, коли пацієнтів вони не турбують і виявлені випадково під час проведення УЗД. Навіть невеликі за розміром вузлові утворення ЩЗ можуть являти собою карциному із високою біологічною агресивністю, одним з маркерів якої дослідники вважають BRAF (V600E) – мутації [1, 2]. Встановлення BRAF-мутацій свідчить про більш агресивний перебіг папілярної карциноми ЩЗ, обумовлює необхідність виконання тотальної тиреоїдектомії, профілактичної лімфаденектомії центрального відділу шиї та наступною радіо-¹³¹I-абляцією, особливо у випадках поєднання із підвищеним рівнем ТТГ [3].

Тим не менше, взаємозв'язок між прогностичними факторами та BRAF-статусом папіляр-

них карцином ЩЗ досі є предметом широкого обговорення. Крім того, технологія визначення BRAF-мутацій є дороговартісною та не завжди може бути реалізованою в широку практику.

Низка авторів висловлюють думку, що до оперативного лікування вузлових форм зобу слід вдаватися, коли наявні чіткі результати щодо папілярної або фолікулярної малігнізації вузла (за результатами ТАПБ) [4]. У разі якщо за даними УЗД спостерігається швидке збільшення розмірів вузлового утворення, що супроводжується симптомами стиснення гортані або вираженим косметичним дефектом шиї, показано оперативне лікування. У решти випадків показано динамічне спостереження у ендокринологів із призначенням консервативної (гормональної, метаболічної, протизапальної) терапії [5].

На нашу думку, такий діагностичний підхід може стати більш вибірковим та об'єктивним щодо визначення тактики лікування таких пацієнтів та оптимального обсягу хірургічного лікування.

Мета дослідження: визначити можливі критерії доцільності хірургічного лікування вузлового зоба залежно від результатів ТАПБ та динаміки розмірів вузлового утворення, встановлених під час проведення УЗД.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилися 95 пацієнтів із вузловими утвореннями у ЩЗ віком від 18 до 74 років; чоловіків – було 36, жінок – 59. Всім пацієнтам

виконувався загальноприйнятий комплекс лабораторних та клінічних досліджень, який також містить УЗД ЩЗ, ТАПБ, визначення рівнів показників гормонального статусу ЩЗ (ТТГ, T_3 , T_4 , АТкТПО). Обов'язково брали до уваги загальний термін захворювання, а також динаміку розмірів вузлових вогнищевих структур протягом терміну амбулаторного спостереження та лікування ендокринологами.

Результати дослідження та їх обговорення.

Розмір вузлів у паренхімі ЩЗ коливався від 7-8 мм до 50-60 мм. Реєструвалися випадки як поодиноких вузлових структур (у 40 випадках, 42,1% хворих), так і поліпоподібний зоб (55 випадків, 57,9% пацієнтів).

Усі хворі розподілилися відповідно до результатів ТАПБ (таблиця).

Таблиця

Розподіл хворих із вузловим зобом залежно від результатів ТАПБ

Результат біопсії	Кількість n (%)
Колоїдний зоб	62 (65,3%)
Фолікулярна аденома	12 (12,6%)
Автоімунний тиреоїдит	10 (10,5%)
Токсична аденома	5 (5,3%)
Папілярна карцинома	4 (4,2%)
Фолікулярна карцинома	2 (2,1%)
Всього	95 (100%)

У п'яти випадках встановленого діагнозу токсичної аденоми (5,3%) відзначався підвищений рівень T_4 (від 5,12 до 21,48), в середньому $14,25 \pm 1,22$ нг/дл. Рівень ТТГ був знижений або досягав нижньої межі умовної норми, в середньому $0,16 \pm 0,07$ мкМО/мл. Цих хворих прооперовано за умов досягнення медикаментозного еутиреозу, цитологічний діагноз повністю підтвердився на гістологічному дослідженні. Усім пацієнтам виконано субтотальну тиреоїдектомію (рівень показника антитіл до рецепторів ТТГ не перевищував $1,42 \pm 0,18$ МО/мл) та призначено подальший нагляд в ендокринолога, контроль ТТГ та T_4 .

У десятиох хворих із автоімунним тиреоїдитом (10,5%) визначався високий рівень антитіл до тиреоїдної пероксидази (від 500 до 2000 МО/мл), на УЗД визначалися ділянки зміни щільності паренхіми щитоподібної залози, які не вважали за вогнищеві новоутворення. Таким хворим ендокринологами призначалося консервативне лікування.

Пацієнтам із виявленим злоякісним процесом (підтвердженим інтраопераційною експрес-діагностикою) нами виконано тиреоїдектомію, із подальшим курсом курсу радіо-йод-терапії. Одночасно

під контролем ТТГ призначався L-тироксин.

У випадках виявлення фолікулярних аденом спостерігалася позитивна динаміка показників метаболізму ЩЗ під час консервативного лікування. Беручи до уваги потенційний ризик малігнізації, пацієнтам виконали субтотальну тиреоїдектомію із подальшим динамічним наглядом та медикаментозним лікуванням, динамічним контролем гормонів та УЗД ЩЗ.

Виявлено, що у пацієнтів із встановленим діагнозом колоїдного зобу мала місце неоднозначна картина. Так, у 21 пацієнта під впливом відповідного консервативного лікування спостерігалася істотне зменшення розмірів вузлового вогнища. За таких умов ми не вважали доцільним проводити оперативне лікування. Хворі даної підгрупи продовжували консервативне лікування та динамічний нагляд у ендокринологами. Навпаки, у 41 випадку, незважаючи на консервативні заходи, спостерігалася швидке збільшення розмірів вузлових утворень упродовж 3-6 міс. Оскільки аналогічна ситуація спостерігалася також у випадках підозрілих на злоякісні неоплазії (за результатами ТАПБ), ми вважаємо, що такі хворі підлягають оперативному лікуванню – гемітиреоїдектомії або субтотальній тиреоїдектомії із інтраопераційною цитодіагностикою.

Таким чином, невеликі розміри вузлового утворення у щитоподібній залозі (до 10-15 мм) без суттєвого збільшення розмірів вузла за часом не потребують оперативного втручання. Показано консервативне лікування (призначення препаратів йоду, L-тироксину, НПЗЗ), динамічне спостереження за розмірами та ультрасонографічною характеристикою вузлів. Перевагу оперативному втручання, на нашу думку, слід надавати у випадках підозрілих результатів ТАПБ та/або поєднано із УЗД-даними щодо структури вузлового утворення (неправильна форма вузла, нечітко виражена капсула, нерівномірна ехоструктура, наявність кальцинатів і т.д.). Ми вважаємо, що вказаний підхід сприятиме визначенню оптимальної тактики лікування вузлового зобу. Необхідність оперативного втручання, на нашу думку, обґрунтовується високим ризиком малігнізації навіть невеликих за розміром вузлових утворень.

Висновки. 1. Показання до хірургічного втручання та його обсяг у пацієнтів при вузлових утвореннях у щитоподібній залозі досі обговорюються, особливо за наявності невеликих за розмірами вузлів. 2. Необхідно використовувати індивідуальний алгоритм щодо проведення оперативного втручання, враховуючи, насамперед, онкологічну настороженість.

Перспективи подальших наукових досліджень. У подальшому необхідно виділити чіткі кри-

терії як для верифікації діагнозу, так і прийняття рішення щодо необхідності оперативного лікування.

Список використаної літератури

1. BRAF-статус папілярних тиреоїдних карцином и стратегия их хирургического лечения / Ю.Н. Таращенко, А.Е. Коваленко, М.Ю.Болгов [и др.] // *Клін. хірург.* – 2015. – № 6. – С. 49-54.
2. Disparity expression of gammaH2AX in papillary thyroid cancer and nodular goiter / S. Hu, G. Zhang, J. Xu [et al.] // *Clin. Lab.* – 2014. – Vol. 60, N 12. – P. 2031-2037.
3. Clinical significance of BRAF V600E mutation in 154 patients with thyroid nodules / L. Yu, L. Ma, Q. Tu [et al.] // *Oncol. Lett.* – 2015. – Vol. 9, N 6. – P. 2633-2638.
4. An evaluation of the diagnostic efficacy of fine needle aspiration biopsy in patients operated for a thyroid nodular goiter / D. Janczak, W. Pawlowski, T. Dorobisz [et al.] // *Onco Targets Ther.* – 2016. – Vol. 9. – P. 5819-5823.
5. Клініко-морфологічні особливості папілярної мікрокарциноми щитоподібної залози на фоні хвороби Грейвса / А.В. Дінець, П.Д. Фомін, М.В. Гульчій [та ін.] // *Укр. мед. часопис.* – 2012. – Т. 3(89), № V/VI. – С. 136-138.
6. Advances in thyroglobulin assays and their impact on the management of differentiated thyroid cancers / M. d'Herbomez, G. Lion, A. Béron [et al.] // *Ann. Biol. Clin.* – 2016. – Vol. 74, N 1. – P. 21-27.
7. Calcitonin and procalcitonin in patients with medullary thyroid cancer or bacterial infection / K. Kaczka, S. Mikosiński, W. Fendler [et al.] // *Adv. Clin. Exp. Med.* – 2012. – Vol. 21(2). – P. 169-178.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ УЗЛОВОГО ЗОБА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ТОНКОИГОЛКОВОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ

Резюме. Вопросы выбора оптимальной лечебной тактики относительно пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы остается актуальной проблемой. Представленное исследование есть возможной необходимостью объективизации стратегии хирургического лечения больных с узловым зобом на основании данных УЗИ и результатов тонкоиголокковой аспирационной пункционной биопсии. Преимущество операционному вмешательству, на наш взгляд, необходимо представлять в случаях наличия на УЗИ-картине размытой эхо-структуры и неправильной формы узла, не четко выраженной капсулы и наличие кальцинатов в сочетании с подозрительным результатом тонкоиголокковой аспирационной пункционной биопсии.

Ключевые слова: узловой зоб, тонкоиголокковая аспирационная пункционная биопсия, лечение.

POSSIBILITIES TO DETERMINE THERAPEUTIC TACTICS OF NODAL GOITER BY THE RESULTS OF A FINE NEEDLE ASPIRATION PUNCTURE BIOPPSY

Abstract. The questions concerning the choice of optimal therapeutic tactics in relation to patients with nodular thyroid formations remain a topical issue. The presented study is a possibility to objectify the strategy of surgical treatment of patients with nodular goiter based on ultrasound data and the results of fine needle aspiration puncture biopsy. Advantage of surgery, in our opinion, should be provided in cases of presence of eroded structure and irregular shape of the node on the ultrasound image, unclearly presented capsule and the presence of calcifications in combination with a suspicious result of fine needle aspiration puncture biopsy.

Key words: nodular goiter, fine needle aspiration puncture biopsy, treatment.

Odesa National Medical University (Odesa)

Надійшла 02.03.2017 р.
Рецензент – проф. Білокий В.В. (Чернівці)