

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ю. В. Кухтенко¹, А. М. Шулуток², В. И. Семиков², О. А. Косивцов¹, И. В. Михин¹, Л. А. Рясков¹

Волгоградский государственный медицинский университет,

¹кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов,

*²Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова,
кафедра факультетской хирургии № 2*

Изучены результаты клинического обследования и хирургического лечения 1386 пациентов разных возрастных групп с заболеваниями щитовидной железы за 6 лет. Анализированы особенности морфологической верификации диагноза на этапах лечебно-диагностического процесса, трудности дооперационной клинической, топической, цитологической дифференциальной диагностики узлового зоба, фолликулярной аденомы и рака щитовидной железы. Установлено, что у пациентов старших возрастных групп по результатам послеоперационного гистологического исследования рак ЩЖ выявляется в 5 раз чаще, чем у пациентов молодых возрастных групп.

Ключевые слова: узловой зоб, фолликулярная аденома, рак щитовидной железы.

CHARACTERISTICS OF THYROID DISEASE IN PATIENTS OF DIFFERENT AGES

Yu. V. Kukhtenko¹, A. M. Shulutko², V. I. Semikov², O. A. Kosivtsov¹, I. V. Mikhin¹, L. A. Ryaskov¹

¹Volgograd State Medical University,

Department of Surgical Diseases of Pediatric and Dental Faculties,

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Chair of Faculty Surgery № 2

We performed a retrospective review of 1386 patients of different age groups who had been examined and treated surgically for thyroid disease for the last 6 years. We analyzed the morphology of the diagnostic and treatment stages as well as the challenges of preoperative clinical, topical and cytological differential diagnosis of nodular goiter, follicular adenoma and thyroid cancer. Postmortem investigation showed that elderly patients were 5 times more likely to develop thyroid cancer than younger patients.

Key words: nodular goiter, follicular adenoma, thyroid cancer.

В структуре патологии органов эндокринной системы заболевания щитовидной железы (ЩЖ) по частоте встречаемости занимают второе место после сахарного диабета, а в эндемичных регионах составляют 50 % от общего количества эндокринопатий [19, 21]. По статистике ВОЗ в России насчитывается более миллиона больных, которые имеют патологические изменения в ЩЖ, проявляющиеся ее увеличением или различной степенью дисфункции [10, 11, 21].

Как известно, одной из причин, приводящей к возникновению заболеваний ЩЖ, является дефицит йода, который служит предрасполагающим фактором для развития многих заболеваний, в том числе узловых форм зоба, верифицируемых у 4—7 % населения [10]. Ежегодный прирост больных с этой патологией составляет: в молодом возрасте 0,08—0,1 %, в пожилом — 2 % [18, 27].

К одному из наиболее распространенных заболеваний ЩЖ можно отнести болезнь Грейвса — диффузный токсический зоб (ДТЗ) [9, 28]. В России эта патология выявляется у 80 % пациентов с тиреотоксикозом, а женщины болеют в 10—20 раз чаще, чем мужчины [17]. Пик заболеваемости наблюдается в молодом и среднем возрасте, однако дебют ДТЗ возможен и в более позднем возрасте [17, 27].

Повсеместно наблюдаемый рост количества больных с тиреоидными заболеваниями привел к увеличе-

нию количества операций на ЩЖ [1, 15, 20]. Поэтому вопросы диагностики, выбора метода оперативного лечения, оценки эффективности радикальных и органосохраняющих операций при различных хирургических заболеваниях ЩЖ в настоящее время представляют собой важную проблему, актуальность которой обусловлена отсутствием единых подходов к определению лечебной тактики [5, 21, 22], особенно у пациентов старших возрастных групп. У части больных после операции наблюдаются стойкие изменения тиреоидного статуса, негативно влияющие на качество жизни, снижающие субъективную удовлетворенность от проведенного хирургического вмешательства [14, 15, 21, 30].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Сравнить результаты хирургического лечения пациентов разного возраста с заболеваниями ЩЖ, основываясь на данных цитологического исследования биоптата до операции, интраоперационной экспресс-цитологии и гистологического исследования удаленной во время операции ткани ЩЖ, тем самым определить особенности тактики ведения пациентов старших возрастных групп.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2010 по 2015 гг. в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического

факультетов ВолГМУ были оперированы 1386 больных с различными заболеваниями ЩЖ, распределенных на 2 группы. Основную группу составили 408 (29,4 %) больных: 384 (27,7 %) — пожилого возраста (60—74 лет) и 24 (1,7 %) — старческого возраста (75—89 лет). Контрольная группа была сформирована 978 (70,6 %) больными: 387 (27,9 %) — молодого возраста (до 44 лет) и 591 (42,7 %) — среднего возраста (45—59 лет). Из 1386 больных было 1209 (87,2 %) женщин, 177 (12,8 %) мужчин (табл. 1, 2).

Все оперированные нами пациенты имели зоб II степени согласно классификации ВОЗ (1994), что соответствует III—V степени зоба по классификации О. В. Николаева (1955).

Таблица 1

Распределение больных основной группы по возрасту и полу, (%)

Возраст, лет	Пол		Всего
	жен.	муж.	
60—74	329	55	384 (27,7)
75—89	12	12	24 (1,7)
Итого	341 (83,6)	67 (16,4)	408 (29,4)

Таблица 2

Распределение больных контрольной группы по возрасту и полу

Возраст, лет	Пол		ВСЕГО
	жен.	муж.	
До 44	342	45	387 (27,9)
45—59	526	65	591 (42,7)
Итого	868 (88,8)	110 (11,2)	978 (70,6)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для пациентов с тиреопатией характерно увеличение количества сопутствующей патологии в пожилом и старческом возрастах, что требует дифференцированного подхода к выбору тактики лечения.

Из сопутствующей патологии у 792 (57,1 %) пациентов мы встретили артериальную гипертензию: 317 (77,7 %) — из основной и 475 (48,6 %) — из контрольной группы. Ишемическую болезнь сердца диагностировали у 750 (54,1 %) больных: 321 (78,7 %) — из основной и 429 (43,9 %) — из контрольной группы. К осложнениям основного заболевания при токсических формах зоба мы отнесли «тиреотоксическое сердце», отмеченное у 54 (3,9 %) больных: 34 (8,3 %) — основной и 20 (2,1 %) — контрольной группы, а также дисгормональную офтальмопатию — у 134 (9,7 %) больных: 65 (15,9 %) — основной и 69 (7,1 %) — контрольной группы (табл. 3). Следует отметить, что в 193 (13,9 %) наблюдениях: 112 (27,5 %) — из основной, 81 (8,3 %) — из контрольной группы, основное заболевание сочеталось с сахарным диабетом. Уровень глюкозы крови контролировали до, во время и после операции. Если в

послеоперационном периоде показатели гликемии в течение суток превышали 11,1 ммоль/л или определялись кетоацидоз, то пациента переводили на инсулин короткого действия. При отсутствии повышения уровня глюкозы крови и компенсации углеводного обмена продолжали терапию пероральными сахароснижающими препаратами.

Больные основной и контрольной групп проходили предоперационную подготовку в эндокринологическом отделении, поступали в хирургическое отделение на плановое оперативное лечение в состоянии эутиреоза. У 47 (13,9 %) из 339 больных: 16 (4,7 %) — основной, 31 (9,2 %) — контрольной группы с ДТЗ, осложненного стойким тиреотоксикозом в сочетании с непереносимостью «Мерказолила», проводили 2—3 сеанса плазмафереза, а операцию выполняли на следующий день. В послеоперационном периоде проводили терапию гидрокортизоном с постепенным снижением дозы и отменой препарата перед выпиской пациентов из стационара.

Показания к оперативному вмешательству, выбор метода обезболивания и тактики лечения больных определяли консилиумом из хирурга, анестезиолога, терапевта, эндокринолога. Больные, у которых имелась декомпенсация сопутствующей патологии, переводились в профильные отделения, что увеличивало сроки госпитализации.

Таблица 3

Частота сопутствующей патологии у больных исследуемых групп, (%)

Сопутствующая патология	Основная группа (n = 408)	Контрольная группа (n = 978)	Всего
Артериальная гипертензия	317 (77,7)	475 (48,6)	792 (57,1)
Ишемическая болезнь сердца	321 (78,7)	429 (43,9)	750 (54,1)
Сахарный диабет	112 (27,5)	81 (8,3)	193 (13,9)

После статистической обработки исследуемых групп больных получено значение $\chi^2_{\text{эмпирический}} = 20,59941836$, $df = 2$ ($\chi^2_{\text{критический}} = 5,99146$). Таким образом, сравниваемые группы можно считать статистически неоднородными по сопутствующей патологии.

Всем пациентам в дооперационном периоде производили общеклиническое лабораторное и инструментальное обследование, оценку уровня ТТГ и тиреоидных гормонов. Пункционную тонкоигольную аспирационную биопсию (ПТАБ) с цитологическим исследованием биоптата мы также выполнили всем 1047 больным с узловыми формами зоба и аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

Из 107 больных с фолликулярной аденомой основной и 198 — контрольной группы у 14 (4,1 %) больных, 8 и 6 соответственно, имелись клинические признаки тиреотоксикоза.

Поскольку у 339 (24,5 %) пациентов основной ($n = 92$) и контрольной ($n = 247$) групп с ДТЗ узловых образований в ЩЖ не было, в ПТАБ они не нуждались.

В табл. 4 представлено распределение больных с узловым зобом и АИТ по результатам ПТАБ.

При цитологическом исследовании пункционного биоптата больных с аутоиммунным поражением ЩЖ определяется лимфоцитарная инфильтрация (ЛИ). От выраженности инфильтративных процессов зависит тяжесть тиреоидной дисфункции [6]. В литературе существует разделение интенсивности ЛИ на незначительную, умеренную и выраженную [11].

Результаты исследования клеточного состава материала, полученного при ПТАБ, показали, что у большей части больных — 563 (53,8 %), в основной ($n = 158$) и контрольной ($n = 405$) группах имелся узловой коллоидный пролиферирующий зоб. Также было выявлено, что у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) с возрастом степень ЛИ ткани ЩЖ снижается. Если в контрольной группе у 36 (4,9 %) больных с АИТ преобладала резко выраженная ЛИ, то в основной группе больных с резко выраженной ЛИ не было вовсе, а более, чем в 5 раз чаще имелись случаи АИТ с незначительной ЛИ — 16 (5,1 %) больных (табл. 4).

Одним из объективных факторов, определяющих показания к операции на ЩЖ, является такое заключение цитологического исследования, как «фолликулярная опухоль» [7, 26]. Фолликулярная аденома и фолликулярный рак ЩЖ, с одной стороны, имеют схожие цитологические признаки [2, 3, 6, 20], что создает определенные сложности в дифференциальной диагностике фолликулярных образований и выборе объема хирургического вмешательства на дооперационном этапе [3, 23, 28]. С другой стороны, информативность ПТАБ зависит от многих факторов: объективных, включающих в себя объем биоптата, локализацию, величину и плотность узла, и субъективных — квалификации и опыта врача, производящего забор материала, соблюдения техники приготовления мазков, квалификации и опыта цитолога.

По нашему мнению, совпадающему с мнением других хирургов, окончательно определить доброкачественный или злокачественный характер фолликулярных образований можно лишь при послеоперационном гистологическом исследовании, основываясь на наличии или отсутствии инвазии капсулы ЩЖ или сосудов [6].

Фолликулярная аденома на дооперационном этапе цитологически верифицирована нами предположительно

у 305 (29,1 %), а фолликулярный рак — у 38 (3,6 %) больных. При этом фолликулярный рак встречался в 1,5 раза чаще у больных основной группы.

Интраоперационную экспресс-цитологию из-за невозможности исключить злокачественный процесс по результатам комплексного дооперационного обследования мы выполнили 214 (20,4 %) пациентам с узловыми формами зоба, 97 (45,3 %) из них были пожилого и старческого возраста (основная группа). У 146 (68,2 %) из 214 больных: 64 (29,9 %) — основной и 82 (38,3 %) — контрольной группы были обнаружены признаки высокодифференцированного рака ЩЖ, что явилось показанием к тиреоидэктомии. Чаще всего ($n = 96$) верифицировали папиллярный рак ЩЖ: у 41 (28,1 %) больного из основной, 55 (37,7 %) больных — из контрольной группы. На долю фолликулярного рака ЩЖ пришлось 50 наблюдений: 23 (15,7 %) из основной и 27 (18,5 %) — из контрольной группы. У 49 (33,5 %) из 146 больных: 31 (21,2 %) — основной и 18 (12,3 %) — контрольной группы при обнаружении метастазов рака в лимфоузлы VI уровня операция была дополнена центральной лимфодиссекцией. При верификации метастазов в боковой треугольник шеи у 19 (13 %) из 146 больных: 12 (8,2 %) — основной и 7 (4,8 %) — контрольной группы операция была расширена до фуллярно-фасциальной лимфодиссекции.

У 68 (31,8 %) из 214 пациентов: 33 (15,4 %) — основной и 35 (16,4 %) — контрольной группы при экспресс-цитологическом исследовании диагноз «рак ЩЖ» не подтвердился, что не потребовало расширения объема операции.

При интраоперационной экспресс-цитологии у 6 (4,1 %) из 146 больных: 2 (1,4 %) — основной и 4 (2,7 %) — контрольной группы было вынесено ошибочное ложноположительное заключение о злокачественном характере узлового образования. В то же время у 18 (12,3 %) из 146 пациентов: 7 (4,8 %) — основной и 11 (7,5 %) — контрольной группы было вынесено ошибочное ложноотрицательное заключение о доброкачественном новообразовании, что в обеих ситуациях было подтверждено окончательным гистологическим исследованием удаленной ткани ЩЖ. Таким образом, чувствительность интраоперационной экспресс-цитологии составила 87,1 %, специфичность — 91,8 %, точность — 88,8 %.

Таблица 4

Распределение больных основной и контрольной групп по результатам ПТАБ, (%)

Результат цитологического исследования		Основная группа	Контрольная группа	Всего
АИТ	незначительная ЛИ	16(5,1)	7(0,9)	23 (2,2)
	умеренная ЛИ	3 (0,9)	26 (3,6)	29 (2,8)
	резко выраженная ЛИ	—	36 (4,9)	36 (3,5)
Узловой коллоидный пролиферирующий зоб		158(50)	405(55,4)	563 (53,8)
Фолликулярная опухоль	Фолликулярная аденома	107 (33,9)	198 (27,1)	305 (29,1)
	Фолликулярный рак	15 (4,7)	23 (3,1)	38 (3,6)
Папиллярный рак ЩЖ		12(3,8)	26 (3,6)	38 (3,6)
Медуллярный рак ЩЖ		5(1,6)	10 (1,4)	15 (1,4)
Итого		316 (100)	731 (100)	1047 (100)

При послеоперационном гистологическом исследовании удаленной ткани ЩЖ было выявлено, что количество злокачественных заболеваний ЩЖ в основной группе в процентном отношении в 5 раза больше, чем в контрольной группе — 95 (23,3 %) и 43 (4,4 %) случая соответственно (табл. 5). При этом количество предварительных цитологических исследований с заключением «рак ЩЖ», полученных при ПТАБ в основной и контрольной группах, в процентном отношении оказалось сопоставимым — 32 (10,1 %) и 59 (8,1 %) случаев соответственно.

При сравнении результатов с заключением рак ЩЖ, полученных при ПТАБ и гистологическом исследовании удаленной ткани ЩЖ, у 9 (28,1 %) больных основной и 5 (8,5 %) — контрольной группы имелось ложноотрицательное заключение о злокачественном характере узлового образования, а у 7 (21,9 %) больных основной и 16 (21,1 %) — контрольной группы — ложноположительное заключение. Таким образом, чувствительность ПТАБ в диагностике злокачественных образований ЩЖ составила 79,4 %, специфичность — 97,6 %, точность — 96,4 %.

Следует отметить, что среди 138 больных с гистологическим заключением рак ЩЖ у 47 (34 %) больных: 16 (11,6 %) основной и 31 (22,4 %) контрольной группы — этот диагноз не был выявлен при ПТАБ. Из них 38 (27,5 %) больным: 14 (10,1 %) — основной и 24 (17,4 %) — контрольной группы была выполнена повторная операция в объеме центральной лимфодиссекции, а 9 (6,5 %) больным: 2 (1,4 %) — основной и 7 (5,1 %) — контрольной группы — фуллярно-фасциальная лимфодиссекция.

После анализа 1386 историй болезни отмечено, что за последние 6 лет основным методом хирургического вмешательства на ЩЖ в нашей клинике явилась тиреоидэктомия — 1097 (79,1 %) наблюдений, из кото-

рых абсолютно большее количество операций ($n = 710$) было выполнено в контрольной группе (табл. 6).

Тиреоидэктомию мы выполняли при многоузловом зобе с компрессионным синдромом и загрудинным расположением части ЩЖ, а также при ДТЗ, с обязательной верификацией возвратных гортанных нервов и паращитовидных желез. Эта тактика обоснована тем, что при узловом коллоидном зобе процесс узлообразования не ограничивается каким-либо определенным участком ЩЖ [8, 17, 24, 30]. Помимо узлов в перинодулярной тиреоидной ткани существуют так называемые зобные изменения, что и служит морфологической основой для появления новых коллоидных узлов [8].

При ДТЗ сохранение тиреоидного остатка во время оперативных вмешательств на ЩЖ является нецелесообразным и патогенетически не обоснованным [4, 17]. Такой подход аргументируется тем, что нерадикальное удаление тиреоидной ткани создает условия для рецидива тиреотоксикоза [4].

Несмотря на успехи в совершенствовании техники оперативных вмешательств на ЩЖ, количество послеоперационных осложнений остается достаточно высоким — 6—12 % [16], что сопряжено с повреждениями анатомических структур шеи, наибольшее значение из которых имеют паращитовидные железы, возвратные гортанные нервы, наружная ветвь верхнего гортанного нерва [12, 13, 26, 30, 31].

Послеоперационные осложнения были отмечены у 87 (6,2 %) из 1386 оперированных нами больных. Из всех осложнений превалировал **послеоперационный гипопаратиреоз** как следствие случайной травмы либо удаления паращитовидных желез у 47 (3,4 %) больных, из которых: 31 (2,2 %) представлял основную, 16 (1,2 %) — контрольную группу (табл. 7, 8, 9, 10). По данным литературы, частота транзиторной гипокаль-

Таблица 5

Распределение больных основной и контрольной групп по результатам гистологического исследования удаленной ткани ЩЖ, (%)

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	Всего
Пролиферативно-коллоидный зоб	136 (33,3)	479 (48,9)	615 (44,4)
Фолликулярная аденома	93 (22,8)	215 (22,0)	308 (22,2)
Диффузно-токсический зоб	52 (12,8)	169 (17,3)	221 (16,0)
Аутоиммунный тиреоидит	32 (7,8)	72 (7,4)	104 (7,5)
Рак ЩЖ	95 (23,3)	43 (4,4)	138 (9,9)
ИТОГО	408 (100)	978 (100)	1386 (100)

Таблица 6

Распределение больных по характеру оперативного вмешательства

Оперативное вмешательство	Основная группа	Контрольная группа	Всего
Тиреоидэктомия	387 (94,9)	710 (72,6)	1097 (79,1)
Субтотальная резекция ЩЖ	6 (1,5)	48 (4,9)	54 (3,9)
Гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли	14 (3,4)	157 (16,1)	171 (12,3)
Гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка	1 (0,2)	63 (6,4)	64 (4,7)
Итого	408 (100)	978 (100)	1386 (100)

Таблица 7

Распределение послеоперационных осложнений у больных основной группы с эутиреоидным зобом в зависимости от характера оперативного вмешательства, (%)

Оперативное вмешательство (n = 308)	Вид и количество осложнений					Всего
	двусторонний парез гортани	односторонний парез гортани	кровотечение из п/о раны	гипопаратиреоз	пароксизмальная мерцательная аритмия	
Тиреоидэктомия (n = 254)	1	3	2	16	2	24 (7,8)
Гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли (n = 8)	1	—	—	—	—	1 (0,3)
Итого	2 (0,7)	3 (0,9)	2 (0,7)	16 (5,1)	2 (0,7)	25 (8,1)

Таблица 8

Распределение послеоперационных осложнений у больных основной группы с токсическим зобом в зависимости от характера оперативного вмешательства, (%)

Оперативное вмешательство (n = 100)	Вид и количество осложнений					Всего
	двусторонний парез гортани	односторонний парез гортани	кровотечение из п/о раны	гипопаратиреоз	пароксизмальная мерцательная аритмия	
Тиреоидэктомия (n = 92)	2	2	3	15	5	27 (27)
Субтотальная резекция ЩЖ (n = 2)	—	—	1	—	—	1 (1)
Гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли (n = 6)	—	1	—	3	—	4 (4)
Итого	2 (2)	3 (3)	4 (4)	18 (18)	5 (5)	32 (32)

Таблица 9

Распределение послеоперационных осложнений у больных контрольной группы с эутиреоидным зобом в зависимости от характера оперативного вмешательства, (%)

Оперативное вмешательство (n = 725)	Вид и количество осложнений					Всего
	двусторонний парез гортани	односторонний парез гортани	кровотечение из п/о раны	гипопаратиреоз	пароксизмальная мерцательная аритмия	
Тиреоидэктомия (n = 504)	—	2	—	13	—	15 (2,1)
Гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли (n = 151)	1	—	—	—	—	1 (0,1)
Гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка (n = 63)	—	1	—	—	—	1 (0,1)
Итого	1 (0,1)	3 (0,4)	—	13 (1,8)	—	17 (2,3)

Таблица 10

Распределение послеоперационных осложнений у больных контрольной группы с токсическим зобом в зависимости от характера оперативного вмешательства, (%)

Оперативное вмешательство (n = 253)	Вид и количество осложнений					Всего
	двусторонний парез гортани	односторонний парез гортани	кровотечение из п/о раны	гипопаратиреоз	пароксизмальная мерцательная аритмия	
Тиреоидэктомия (n = 247)	2	1	2	3	3	11 (4,4)
Гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли (n = 6)	1	—	—	1	—	2 (0,8)
Итого	3 (1,2)	1 (0,4)	2 (0,8)	4 (1,6)	3 (1,2)	13 (5,2)

циемии, сопровождающейся судорожным синдромом, после тиреоидэктомии превышает 30 % [1, 8, 9, 24, 32], а постоянная форма гипопаратиреоза по результатам многоцентровых исследований наблюдается у 10,5 % больных [1, 29, 31]. Нарушения кальциевого обмена и клинические проявления гипокальциемии приводят к серьезным изменениям в организме и существенно снижают качество жизни оперированных пациентов [29, 30].

Тяжесть гипопаратиреоза соответствует степени гипокальциемии и определяется: как легкая — при содержании кальция в крови до 1,82—2,08 ммоль/л, как средняя — при 1,56—1,82 ммоль/л, как тяжелая — при 1,56—1,30 ммоль/л. Из 47 оперированных нами больных, легкая степень гипопаратиреоза была у 28 (59,6 %): 18 (38,3 %) — основной и 10 (21,3 %) — контрольной группы; средняя степень — у 15 (31,9 %): 9 (19,1 %) — основной и 6 (12,8 %) — контрольной группы, тяжелая степень — у 4 (8,5 %) больных основной группы. При легкой и средней степени гипопаратиреоза мы назначали таблетированные формы препаратов кальция под контролем уровня кальция крови, при тяжелой степени — внутривенное введение препаратов кальция с последующим переводом на их пероральный прием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В дооперационной дифференциальной диагностике для определения возможного характера и объема оперативного вмешательства необходимо учитывать результаты всех методов диагностики, включающих в себя: клинико-лабораторное обследование, инструментальные инвазивные и неинвазивные методы. Окончательное решение о выборе хирургической тактики принимается во время операции.

ПТАБ и срочная интраоперационная цитология не могут быть альтернативой последующему гистологическому исследованию препарата, так как ошибочные заключения могут привести к выбору неадекватного объема оперативного вмешательства. Окончательно доброкачественный или злокачественный характер узловых образований можно объективно определить лишь при послеоперационном гистологическом исследовании.

Рак ЩЖ по результатам послеоперационного гистологического исследования выявляется в 5 раз чаще у пациентов старческого и пожилого возраста по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста, что ведет к расширению объема оперативного вмешательства и, соответственно, увеличению количества послеоперационных осложнений.

Наличие сопутствующей патологии и осложненной после операции требует дифференцированного подхода, созданию алгоритма ведения пациентов старших возрастных групп, поскольку частота выявления сопутствующей патологии у больных пожилого и старческого возраста выше, чем у больных молодых возрастных групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В. К. Методические рекомендации по лечению рака щитовидной железы / В. К. Агапов, Н. П. Истомин, Ю. В. Иванов и др. // Институт повышения квалификации ФМБА России. — М, 2004. — 26 с.
2. Абесадзе И. А. Клинико-морфологические особенности фолликулярных опухолей щитовидной железы / И. А. Абесадзе, Е. А. Трошина, Н. В. Мазурина, П. В. Юшков // Высокие медицинские технологии в эндокринологии. — М, 2006. — С. 273.
3. Аристархов В. Г. Особенности морфологии многоузловой зоба / В. Г. Аристархов, А. И. Донюков, Д. А. Пузин, Р. В. Аристархов // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Саранск, 2007. — С. 11—12.
4. Бебезов Б. Х. Тактика лечения диффузного токсического зоба / Б. Х. Бебезов, М. А. Иуралиев, Т. Т. Какеева // Клиническая медицина. — 2013. — Т. 91, № 9. — С. 61—67.
5. Ванушко В. Э. Медицинские и экономические аспекты хирургии узловой зоба / В. Э. Ванушко, Н. С. Кузнецов // Материалы 2-го Всероссийского тиреологического конгресса «Актуальные проблемы заболеваний щитовидной железы». — М, 2002. — С. 77—81.
6. Ванушко В. Э. Прицельная тонкоигольная пункционная биопсия в диагностике рака щитовидной железы / В. Э. Ванушко, Н. С. Кузнецов, Д. Г. Бельцевич и др. // Хирургия. — 2003. — № 10. — С. 67—72.
7. Ванушко В. Э. Рак щитовидной железы / В. Э. Ванушко, Н. С. Кузнецов, П. И. Гарбузов, В. В. Фадеев // Проблемы эндокринологии. — 2005. — Т. 51, № 4. — С. 43—52.
8. Ванушко В. Э. Узловой зоб (клиническая лекция) / В. Э. Ванушко, В. В. Фадеев // Эндокринная хирургия. — 2012. — № 4. — С. 11—16.
9. Ванушко В. Э. Болезнь Грейвса (клиническая лекция) / В. Э. Ванушко, В. В. Фадеев // Эндокринная хирургия. — 2013. — № 1. — С. 23—33.
10. Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы. — СПб.: Питер, 2006. — 147 с.
11. Вон С. А. Оценка качества жизни больных доброкачественными заболеваниями щитовидной железы, как критерий эффективности хирургического лечения / С. А. Вон, П. С. Ветшев, А. А. Новик // Вестник Национального медико-хирургического центра. — 2009. — № 4. — С. 84—87.
12. Гольбрайх В. А. Опасности, осложнения и ошибки в хирургии щитовидной железы / В. А. Гольбрайх, В. А. Голуб, Ю. В. Кухтенко, О. А. Косивцов. — Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2010. — 166 с.
13. Гольбрайх В. А. Узловой зоб: современные подходы к диагностике и лечению / В. А. Гольбрайх, Ю. В. Кухтенко, В. А. Голуб, О. А. Косивцов, А. Е. Бубликов // Вестник ВолгГМУ. — 2010. — № 1 (33). — С. 111—115.
14. Дедов И. И. Диагностика и лечение узловой зоба / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев // Материалы третьего Всероссийского тиреологического конгресса. — М, 2004. — С. 514.
15. Дедов И. И. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узловой зоба / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев // Проблемы эндокринологии. — 2005. — Т. 51, № 5. — С. 40—42.
16. Дюлдзе Д. Д. Повреждение верхнего гортанного нерва при хирургическом лечении больных с заболева-

ниями щитовидной железы / Д. Д. Долодзе, Р. Б. Мумладзе, Г. Н. Карадимитров и др. // *Анналы хирургии*. — 2007. — № 3. — С. 5—10.

17. *Заривчацкий М. Ф.* Особенности предоперационной подготовки больных с диффузным токсическим зобом / М. Ф. Заривчацкий, С. А. Денисов, С. А. Блинов и др. // *Современные аспекты хирургической эндокринологии*. — Рязань, 2005. — С. 144—146.

18. *Знаменский А. А.* Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний щитовидной железы у молодых / А. А. Знаменский, П. С. Ветшев, В. А. Животов, А. С. Хайруллаев // *Современные аспекты хирургической эндокринологии*. — Саранск, 2007. — С. 90—92.

19. *Иванов Ю. В.* Новые подходы к хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы / Ю. В. Иванов, Н. А. Соловьев, С. В. Волчанская и др. // *Анналы хирургии*. — 2002. — № 6. — С. 67—70.

20. *Кузнецов Н. А.* Ранняя диагностика и тактика лечения очаговых образований щитовидной железы / Н. А. Кузнецов, А. Т. Бронштейн, С. Э. Абулов и др. // *Российский медицинский журнал*. — 2002. — № 3. — С. 13—16.

21. *Кухтенко Ю. В.* Результаты хирургического лечения пациентов с различными заболеваниями щитовидной железы / Ю. В. Кухтенко, О. А. Косивцов, И. В. Михин, Л. А. Рясков // *Вестник ВолгГМУ*. — 2015. — № 6. — С. 67—71.

22. *Меньков А. В.* Качество жизни пациентов после хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы // *Медицинский альманах*. — 2012. — № 4. — С. 117—120.

23. *Майор Н. Н.* Пункционная цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: возможности и ограничения метода / Н. Н. Майор, Л. Б. Цодикова // *Архив патологии*. — 1996. — Т. 32, № 2. — С. 74—77.

24. *Попова Ю. В.* Послеоперационные осложнения в хирургии щитовидной железы / Ю. В. Попова, А. Ф. Романчишен // *Современные аспекты хирургической эндокринологии*. — Рязань, 2005. — С. 265—268.

25. *Романчишен А. Ф.* Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. — СПб: ИПК «Вести», 2009. — 323 с.

26. *Романчишен А. Ф.* Международные конференции по эндокринной хирургии и онкологии // *Вестник хирургии*. — 2009. — Т. 168, №3. — С. 90—93.

27. *Фархутдинова Л. М.* Возрастные особенности диффузного токсического зоба. Случай из практики / Л. М. Фархутдинова, А. Л. Бруй // *Архивъ внутренней медицины*. — 2015. — № 3. — С. 40—44.

28. *Хмельницкий О. К.* Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. — СПб.: Сотис, 2002. — 287 с.

29. *Черенько С. М.* Пути предупреждения специфических осложнений в хирургии щитовидной и околощитовидных желез // *Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии*. — Киев, 2006. — С. 46—48.

30. *Шулутко А. М.* Микрокарцинома щитовидной железы. Варианты роста, клиническое течение и прогноз / А. М. Шулутко, В. И. Семиков, С. Е. Грязнов и др. // *Материалы XVI Российского симпозиума «Современные аспекты хирургической эндокринологии»*. — Саранск, 2007. — С. 279—281.

31. *Шулутко А. М.* Тактика врача при многоузловом зобе / А. М. Шулутко, В. И. Семиков, Н. А. Иванов, В. П. Середин, А. В. Горбачев // *Актуальные проблемы современной хирургии: Сборник научных трудов*. — Волгоград. — 2001. — Т. 57, Вып. 3. — С. 27.

32. *Шулутко А. М.* Риск гипокальциемии у больных после операций на щитовидной железе / А. М. Шулутко, В. И. Семиков, С. Е. Грязнов и др. // *Хирургия*. — 2015. — № 11. — С. 35—40.

Контактная информация

Михин Игорь Викторович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: docmikh@mail.ru