

ВУЗЛОВИЙ ЗОБ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

*Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ*

ВСТУП

Підвищення інтересу до проблеми тиреоїдної патології наразі спричинено зростанням її поширеності серед населення України, високою частотою тимчасової та стійкої непрацездатності, що визначає соціальну значущість проблеми. Так, у структурі ендокринних захворювань провідне місце належить саме патології щитоподібної залози (47,3%). Внаслідок прогресу теоретичної та практичної тиреоїдології уявлення про сутність захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) зазнали істотних змін.

Останніми роками переглянуто багато патогенетичних концепцій, удосконалено діагностичні технології, розроблено низку нових методик, розширилися можливості оцінки не лише механізмів формування, але й вибору найбільш ефективних методів лікування, сприяючи поліпшенню прогнозу. Продовжують удосконалюватися методи профілактики та реабілітації хворих. Та основне питання, що стосується характеру лікування, — консервативного або хірургічного, — залишається актуальним.

У лекції розглядаються лише загальноприйняті концепції, а також найбільш ефективні й безпечні методи лікування та профілактики, що ґрунтуються на сучасних принципах доказової медицини та стандартах, прийнятих у міжнародній клінічній практиці.

ЩЗ — найбільший орган внутрішньої секреції організму людини. Для тканини залози характерним є досить високий темп кровопостачання, що досягає 5 мл/г/хв. За кількістю крові, що протікає через залозу впродовж хвилини, ЩЗ поступається лише нирці (навіть не серцю і не головному мозку).

ПИТАННЯ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Під зобом (струмою, волом) розуміють збільшення об'єму ЩЗ більше за встановлені нормативи (18 см³ у жінок, 25 см³ у чоловіків). За макроскопічною характеристикою він поділяється на дифузний (збільшено всю ЩЗ), вузловий, багатовузловий (два і більше вузлових утворень) і змішаний (поєднан-

ня загального збільшення ЩЗ із наявністю одного або декількох вузлових утворень). За функціональним станом ЩЗ зоб буває еутиреоїдним, токсичним або зі зниженою функцією ЩЗ.

Зоб (з лат. guttur — горло) — це хронічне збільшення ЩЗ. Виділяють ендемічний зоб в окремих районах (надто у гірських) і спорадичні випадки зоба. У медицині зоб йменують латинським словом struma. Збільшену ЩЗ (тобто зоб) стали називати струмою за назвою ріки Струма в Болгарії, де знаходиться один з ендемічних за зобом регіонів.

Зоб не вважають неопластичним процесом. Завичай «зоб» означає гіпертрофію ЩЗ, а не пухлину або запалення. Отже, наявність зоба сама по собі нічого не говорить про функціональний стан залози.

Сьогодні найчастіше використовується класифікація розмірів ЩЗ, рекомендована ВООЗ 2001 року для оцінки розмірів зоба. Розміри часток ЩЗ у нормі відповідають таким дистальній фаланги великого пальця руки. Якщо за даними пальпації частка ЩЗ перевищує цей розмір, а на шиї випинання не видно, патологію класифікують як зоб I ступеня. Якщо залоза утворює помітне випинання, діагностують зоб II ступеня (видимий зоб). Перевагами цієї класифікації є її простота, доступність, а також можливість легко порівняти дані про поширеність зоба в різних регіонах.

До інструментальних методів обстеження хворих із тиреоїдною патологією належать ультразвукове дослідження (УЗД) ЩЗ, сцинтиграфія, пункційна біопсія, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія. Найпростішим, інформативним, безпечним і неінвазійним методом дослідження ЩЗ є УЗД, що дозволяє з великою точністю визначати її розміри, об'єм і структуру, що важливо не лише для оцінки поширеності зоба в популяції, а й для спостереження динаміки лікування або профілактики. Особливості ехоструктури як самої ЩЗ, так і виявлених у ній вузлових утворень, у поєднанні з даними інших методів дослідження можуть мати велике діагностичне значення. Натомість, за результатами

самого лише УЗД неможливо морфологічно охарактеризувати виявлені зміни. Важливим питанням, на яке дає відповідь УЗД, є оцінка об'єму ЩЗ.

Висновок УЗД має носити описовий характер і не містити «клінічного діагнозу». Метод УЗД має свої обмеження, проте дає змогу встановити непрямі ознаки того або іншого захворювання, які дозволять клініцисту здійснити діагностичний пошук більш обґрунтовано (табл. 1).

УЗД регіонарних лімфатичних вузлів вважається необхідним додатком до УЗД ЩЗ за підозри на малігнізацію або за встановленого діагнозу злоякісної пухлини ЩЗ.

За дифузної форми спостерігається рівномірне збільшення щитоподібної залози, тиреоїдна тканина частіше неоднорідна, нерідко її ехогенність знижена. До особливостей вузлових форм ендемічного зоба належать вузли, здебільшого множинні, візуалізуються як утворення округлої, овальної або неправильної форми, контури вузлів можуть бути як чіткими, так і нечіткими, ехогенність вузлів частіше середньої інтенсивності (проте трапляються випадки і підвищеної, і зниженої), часто у вузлах визначаються ехонегативні ділянки, іноді — гіперехогенні вclusions з акустичною тінню (кальцифікати), багатовузловий зоб може поєднуватися з аденомами (частота аденом у багатовузлових зобах досягає 24%) і карциномами (від 1% до 17%). Аденомам притаманні овальна або округла форма, чіткі контури, середня і підвищена ехогенність із гіпоехогенним обідком, осередки з рідиною та кальцифікати.

Злоякісні вузли характеризуються нечіткими контурами, солідною структурою, підвищеною ехогенністю, наявністю мікрокальцифікатів (у 40% тиреоїдних карцином), збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів.

У діагностиці функціональної автономії ЩЗ виділяють декілька сцинтиграфічних характеристик вузлових утворень. «Гарячий», або автономно функціонуючий вузол діагностується в тих випадках, коли ділянка ЩЗ, яка визначається за допомогою УЗД як вузол, накопичує більше ізотопу, ніж нормальна тканина. Накопичення ізотопу в оточуючій вузол тканині може бути або зниженим, або цілком відсутнім, візуалізується лише гіперфункціонуючий вузол. «Теплі» вузли мають такий же рівень накопичення ізотопу, як і оточуюча тканина. «Холодні» вузли визначаються як знижене накопичення ізотопу на сцинтиграмі, мають нормальну або знижену функціональну активність. Сцинтиграфія ЩЗ не

дозволяє зробити висновок про морфологію вузлових утворень: найінформативнішою у цьому плані є тонкогolkова аспіраційна пункційна біопсія (ТАПБ). Серед «холодних» вузлів злоякісні пухлини виявляються у 5–8% випадків, серед «гарячих» — винятково рідко.

Тонкогolkову аспіраційну пункційну біопсію ЩЗ показано в усіх випадках наявності вузлових утворень діаметром понад 1 см, виявлених будь-яким способом. За вузлових утворень меншого розміру ТАПБ показано тоді, коли за ехографічними ознаками виникає підозра на рак ЩЗ. Основне призначення ТАПБ — диференційна діагностика захворювань, що проявляються вузловим зобом. Здійснення ТАПБ під контролем УЗД значно підвищує інформативність дослідження, надто у випадках кістозних і невеликих за розміром вузлових утворень. Слід нагадати, що оцінка результатів ТАПБ — це цитологічне, а не гістологічне дослідження, тобто вивчаються клітини та групи клітин, а не зрізи тканини ЩЗ.

Серед інструментальних методів дослідження не втратила свого значення рентгенографія органів ший (трахея, стравохід) і загруднинного простору з контрастуванням стравоходу барієм. Таке дослідження показано за підозри на зміщення трахеї зобом великого розміру.

Сьогодні лабораторним тестом першого рівня, який застосовують на початковому етапі діагностичного пошуку, вважається визначення концентрації ТТГ чутливим методом, а не аналіз рівня гормонів ЩЗ. Без визначення рівня ТТГ, за сучасними уявленнями, оцінка функції ЩЗ у більшості випадків буде некоректною.

Слід пам'ятати, що результати будь-якого діагностичного методу можна інтерпретувати лише з урахуванням клінічної картини захворювання, а також даних інших методів діагностики.

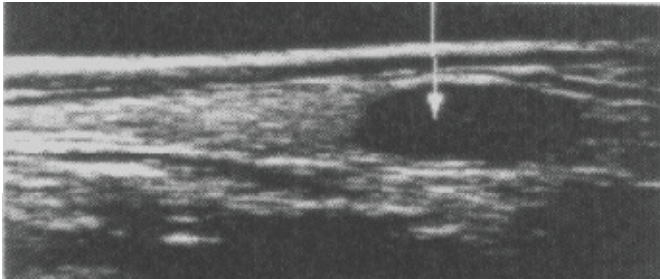
Вузол (вузли) у ЩЗ — це завжди переживання хворого та відповідальність лікаря за точний діагноз і оптимальний добір методу лікування. Наявність будь-якого вузлового утворення у ЩЗ слід розцінювати з точки зору можливої онкологічної загрози.

Під терміном «вузол» у клінічній практиці розуміють утворення у ЩЗ будь-якого розміру, що має капсулу і визначається пальпаторно або за допомогою візуалізуючого дослідження.

Вузловий зоб — збірне клінічне поняття, що об'єднує всі осередкові утворення у ЩЗ із різними морфологічними характеристиками. Мова йде про

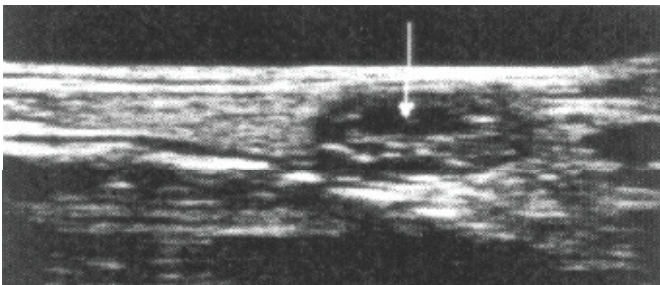
Ультразвукові ознаки вузлових утворень щитоподібної залози

Істинна кіста



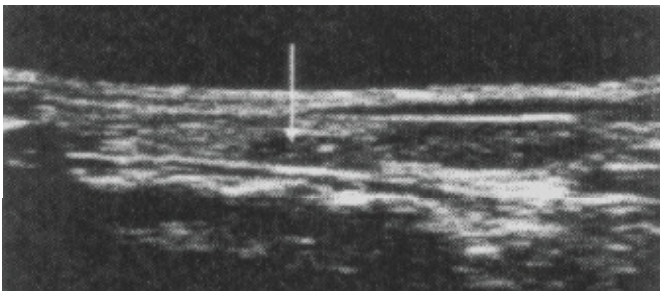
Анехогенне утворення правильної форми з рівними і тонкими стінками та гомогенним вмістом, із наявністю капсули

Вузол з осередковими кістозними змінами



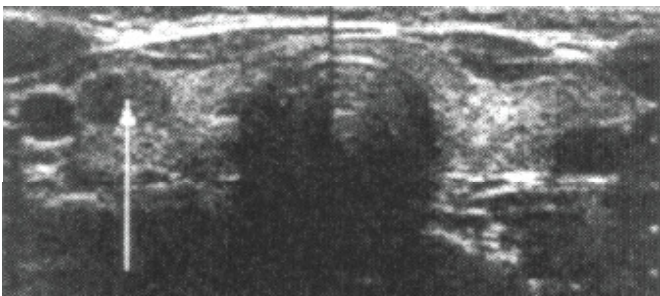
Вузол із капсулою у частці щитоподібної залози з наявністю гіпоехогенних ділянок

Колоїдні вузли



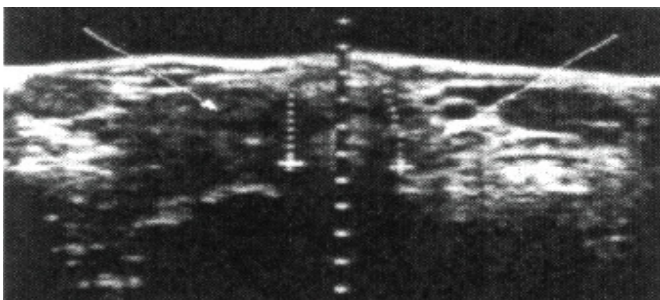
Вузлові утворення у щитоподібній залозі з різною ехогенністю і структурою та наявністю капсули

Аденоми



Вузлові утворення округлої форми з чіткими контурами, інкапсульовані, зниженої ехогенності (найчастіше)

Аденокарциноми



Утворення у щитоподібній залозі з нечіткими контурами, солідної структури, зниженої ехогенності, з відсутністю або нечіткістю капсули

попередній діагноз, який констатує наявність у ЩЗ певних утворень, якими можуть бути вузловий колоїдний проліферуючий зоб або пухлини ЩЗ (доброякісні та злоякісні).

Вузловий (багатовузловий) колоїдний зоб — захворювання ЩЗ, що виникає внаслідок осередкової проліферації тиреоцитів і накопичення колоїду.

Величина вузла у ЩЗ, що його можна пропальпувати, зазвичай перевищує 1 см. За допомогою високочастотного датчика (7,5 або 10 МГц) методом УЗД можна встановити основну ознаку вузла, а саме, наявність капсули, а також виявити вузли менших розмірів (які не пальпуються), що істотно розширює можливості практичного лікаря щодо діагностичного пошуку, але іноді стає причиною невірних правданих радикальних втручань.

ДІАГНОСТИКА ВУЗЛОВОГО ЗОБА

Первинний рівень (поліклінічна ланка): у разі пальпаторного виявлення утворення у ЩЗ слід здійснювати подальше обстеження з метою уточнення діагнозу (УЗД ЩЗ і лімфатичних вузлів шиї, визначення рівня ТТГ). Наступний етап діагностики передбачає здійснення ТАПБ під контролем УЗД і цитологічне дослідження пунктату; для уточнення функції ЩЗ за зниженого рівня ТТГ — визначення вільних T_4 і T_3 , за підвищеного рівня ТТГ — визначення вільного T_4 . За наявності зоба великого розміру та/або загруднинного його розташування виконують рентгенографію загруднинного простору з контрастуванням стравоходу барієм.

На рівні спеціалізованого закладу у випадках сумнівного цитологічного висновку необхідна консультація досвідченого патоморфолога, повторна ТАПБ, цитологічне та імуноцитохімічне дослідження.

Кінцевою метою обстеження хворого з вузловим зобом є вирішення питання, чи потребує пацієнт операції на ЩЗ, чи можна рекомендувати йому медикаментозне лікування і динамічне спостереження. Тому на етапі клінічного обстеження хворого необхідно підтвердити або виключити наявність злоякісної чи доброякісної пухлини ЩЗ; визначити розміри вузла (вузлів) та його (їх) локалізацію. Тактика лікування та моніторингу пацієнтів із вузловим зобом і пухлинами ЩЗ залежить від відповідей на ці питання.

Згідно з клінічними рекомендаціями більшості ендокринологічних і тиреоїдологічних асоціацій, клінічне значення мають вузлові утворення ЩЗ, доступні пальпації, та/або такі, що перевищують у

діаметрі 1 см за даними УЗД. Поглиблене обстеження пацієнтів, в яких у ЩЗ не пальпуються вузлові утворення, з метою цілеспрямованого пошуку останніх, не показано. Крім того, не показано поглиблене обстеження (насамперед ТАПБ із подальшим цитологічним вивченням матеріалу) випадково знайдених під час УЗД ЩЗ вузлових утворень, які не перевищують у діаметрі 1 см.

За виявлення вузлових утворень у ЩЗ, які не перевищують у розмірах 1 см та/або не пальпуються (що на практиці майже ідентично), пацієнтам слід рекомендувати періодичне (1–2 рази на рік) ультразвукове обстеження та подальше динамічне спостереження.

Які механізми лежать в основі утворення вузлового колоїдного проліферуючого зоба внаслідок йодного дефіциту? Справа у тому, що тиреоцити за своєю проліферативною активністю не завжди ідентичні. Цей феномен позначають як мікрогетерогенність тиреоцитів. Іншими словами, одні тиреоцити активніше захоплюють йод, інші активніше продукують тиреоїдні гормони, треті — активніше діляться, четверті характеризуються початково низькою функціональною та проліферативною активністю. За умов йодного дефіциту ЩЗ зазнає хронічної гіперстимуляції, основною причиною якої є зниження інтратиреоїдного пулу йоду.

На першому етапі (за нетривалої дії) ця гіперстимуляція діє майже однаково на всі тиреоцити і призводить до дифузного збільшення всієї ЩЗ — утворюється дифузний нетоксичний зоб (ДНЗ). І справді, серед мешканців йододефіцитних регіонів ДНЗ частіше трапляється у молодих людей, а у дітей відзначається практично лише ця форма зоба.

Коли гіперстимуляція ЩЗ, спрямована на підтримання еутиреозу за умов йодного дефіциту, триває впродовж багатьох років, тиреоцити, які мають найвищу проліферативну активність, будуть порівняно з іншими активніше проліферувати, утворюючи пули дочірніх клітин з аналогічними властивостями. Через роки цей процес може призвести до утворення вузлового зоба. Той факт, що патогенез вузлового колоїдного проліферуючого зоба значною мірою розтягнуто у часі, підтверджується його високою поширеністю здебільшого в осіб старшої вікової групи.

Внаслідок того, що йодний дефіцит призводить до гіперстимуляції всієї ЩЗ, процес вузлоутворення зазвичай не обмежується однією ділянкою або часткою, а утворюється багатовузловий зоб. Важливо зазначити, що незважаючи на локальність проявів

(часто лише один вузол у ЩЗ), вузловий колоїдний проліферуючий зоб у пацієнта, надто у мешканця йододефіцитного регіону, є захворюванням всього організму. Цей факт має велике клінічне значення, пояснюючи високу частоту поопераційних рецидивів вузлового зоба за відсутності профілактичної терапії препаратами йоду після хірургічного видалення вузлового утворення.

Повертаючись до клінічних аспектів вузлового зоба, слід зазначити, що вузловий колоїдний зоб невеликих розмірів часто не вважається обов'язковим показанням не лише до хірургічного лікування, але й взагалі до будь-якого медичного втручання. Якщо мова не йде про порушення функції ЩЗ або про механічне стиснення оточуючих ЩЗ органів, патологічне значення вузлового колоїдного проліферуючого зоба для всього організму вкрай незначне.

За наявності вузла у ЩЗ діаметром понад 1 см необхідна його пункційна біопсія під контролем УЗД. З метою уточнення діагнозу можна здійснити визначення рівня ТТГ, а його зниження на тлі вузлового або змішаного зоба є показанням до сцинтиграфії ЩЗ. Крім того, сцинтиграфію рекомендується проводити всім пацієнтам віком понад 45 років із вузовими утвореннями ЩЗ, оскільки функціональна автономія залози, по-перше, частіше трапляється в осіб, які тривало проживають в умовах дефіциту йоду, а по-друге, нерідко перебігає і за відсутності зниження рівня ТТГ, тобто на тлі еутиреозу (компенсована автономія). За тривалого ендемічного зоба, надто з вузлоутворенням, деякі тиреоцити виходять з-під регулюючого контролю ТТГ і починають виробляти гормони у довільній кількості. Так розвивається функціональна автономія ЩЗ, за декомпенсації якої спостерігається тиреотоксикоз.

Небезпека на перший погляд банального йододефіцитного дифузного зоба полягає у високому ризику розвитку функціональної автономії ЩЗ. Під функціональною автономією ЩЗ розуміють незалежну від регулюючих впливів гіпофіза продукцію тиреоїдних гормонів. З роками, за умов постійного йодного дефіциту, число автономно функціонуючих тиреоцитів збільшується. Найчастіше вони групуються у вузлові утворення (монофокальна або мультифокальна форма функціональної автономії), проте майже у 20% випадків розсіяні по всій ЩЗ. Крайнім проявом функціональної автономії вважають вузловий або, частіше, багатовузловий токсичний зоб, який превалює в осіб старшої вікової групи.

Той факт, що багатовузловий токсичний зоб також може бути йододефіцитним захворюванням, демонструє серія досліджень, проведених у Данії. Аналіз вікової структури тиреотоксикозу у двох регіонах (Ютландії — регіоні з легким йодним дефіцитом та Ісландії — з нормальним споживанням йоду) виявив, що захворюваність на тиреотоксикоз в Ютландії не лише збільшено загалом, але й різко зміщено у старшу вікову групу. В Ісландії пік захворюваності на тиреотоксикоз припадає на вік близько 30 років, а до 40 років швидко знижується. Якщо в Ісландії тиреотоксикоз у більшості випадків зумовлено хворобою Грейвса, то в Ютландії — багатовузловим токсичним зобом. У США та Японії багатовузловий токсичний зоб як причина тиреотоксикозу практично не трапляється. Виняток можуть становити емігранти, які більшу частину життя провели в йододефіцитних регіонах.

Колоїдний зоб не вважається пухлиною, його розвиток зазвичай пов'язано з тривалим перебуванням у регіоні йодного дефіциту, тобто це — йододефіцитна тиреопатія. За колоїдного зоба в групі проліферуючих фолікулів порушується процес накопичення колоїду, внаслідок чого ці фолікули значно розтягуються з утворенням вузла. Якщо вузловий колоїдний зоб не перевищує 3 см, рекомендується, як правило, консервативне лікування. Розмір вузла понад 3 см є показанням до операції (струмектомії).

Інший варіант діагнозу — фолікулярна аденома ЩЗ (доброякісна пухлина). Оскільки процес диференційної діагностики фолікулярної аденоми та високо диференційованого раку ЩЗ шляхом цитологічного дослідження дуже складний, за фолікулярної аденоми в обов'язковому порядку проводиться хірургічне лікування. Призначення за фолікулярної аденоми препаратів тиреоїдних гормонів, як, зрештою, і будь-яких інших — груба помилка.

За даними УЗД можна запідозрити кісту ЩЗ (порожнину, заповнену рідиною). Пункційна біопсія у даному випадку є не лише діагностичною, але й лікувальною процедурою. Після відсмоктування рідини може відбутися повне одужання. Іноді ліпших результатів вдається досягти, коли після відсмоктування рідини у порожнину кісти вводиться абсолютний (100%) етиловий спирт. Принципово важливо після аспірації рідини здійснити повторне УЗД з метою виключення пухлини ЩЗ (цистаденоми або цистаденокарциноми). Метод алкогольної абляції та інші види малоінвазивної деструкції вузових утворень ЩЗ досі не отримали вичерпної

оцінки в багаторічних проспективних дослідженнях. Ці методи є предметом подальшого вивчення і в перспективі, в окремих випадках, можуть розглядатися як альтернатива хірургічному лікуванню виключно вузлового колоїдного зоба.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ І МОНІТОРИНГУ ВУЗЛОВОГО (БАГАТОВУЗЛОВОГО) ЗОБА

Вибір консервативного методу лікування виправданий лише за наявності у хворого вузлового колоїдного проліферуючого еутиреоїдного зоба невеликих розмірів (до 3 см).

Показання до початкового консервативного лікування — розмір вузла від 1 до 3 см у діаметрі за відсутності у хворого як клінічних і цитогічних ознак пухлини ЩЗ, так і чинників онкологічного ризику.

Показання до продовження консервативного лікування та/або спостереження — відсутність росту вузла за період лікування (ріст вузла — це збільшення його діаметра на 5 мм від початкового за 6 місяців за умови, що УЗД ЩЗ здійснюється на одному і тому ж апараті).

Препаратом вибору для терапії вузлового колоїдного проліферуючого зоба є L-тироксин. Призначаючи препарат, слід враховувати вік хворого, схильність до патології серцево-судинної системи або її наявність, функціональну активність вузлів ЩЗ. Найчастіше функцію ЩЗ у хворого з вузловим зобом не змінено. Призначаючи такому пацієнту L-тироксин, маємо на увазі певну клінічну мету: запобігти або сповільнити подальший ріст вузла.

Призначення L-тироксину у дозах 12,5–25 мкг на день за вузлового колоїдного проліферуючого зоба слід використовувати як початковий етап лікування. За відсутності побічних ефектів дозу L-тироксину поступово збільшують до 100 мкг на день. Саме така доза дозволяє домогтися зниження рівня ТТГ до нижньої межі норми.

Натомість головним критерієм безпечного лікування препаратами тиреоїдних гормонів є відсутність побічних ефектів. Домагатися зниження рівня ТТГ у хворого з вузловим еутиреоїдним зобом будь-якою ціною не слід. Тому треба звертати увагу на відсутність у лікарських препаратах тироксину барвників, дисахаридів, на які часто трапляються реакції нестерпності, наприклад, лактози. Єдиним препаратом тироксину в Україні, що не містить лактози, є L-тироксин Берлін-Хемі.

Лікування продовжується 6–12 місяців, а розміри вузла оцінюються за допомогою УЗД. У тому випадку, якщо на тлі лікування відзначається

подальший ріст вузла, L-тироксин відмінюють, здійснюють повторну пункційну біопсію і вирішують питання про хірургічне втручання.

Якщо ріст вузла припинився, або вузол зменшився у розмірах, у лікуванні L-тироксином роблять перерву на 6 місяців і продовжують його знову лише за умов повторного збільшення розмірів вузла. Впродовж усього вказаного періоду пацієнт має одержувати фізіологічну кількість йоду (з їжею або додатково у вигляді медикаментозних засобів, наприклад, Йодомарину в добовій дозі 200 мкг).

За багатовузлових форм зоба терапію L-тироксином показано лише тим хворим, в яких початковий базальний рівень ТТГ у крові не нижчий від 1,0 мОД/л. Якщо на тлі лікування відбувається зменшення розмірів зоба або принаймні стабілізація його росту, то терапію L-тироксином продовжують, періодично контролюючи рівень ТТГ у крові. Якщо під час лікування відбувається подальше зниження рівня ТТГ, це може свідчити або про розвиток функціональної автономії залози, або про передозування препарату. У цьому випадку лікування слід зупинити на 2 місяці і знову визначити рівень ТТГ. За умов зниженого рівня ТТГ подальше застосування L-тироксину недоцільне. Слід детальніше обстежити хворого, провести пункційну біопсію ЩЗ із розглядом питання про хірургічне лікування. Такої ж тактики необхідно дотримувати і за подальшого росту вузла на тлі лікування L-тироксином. Немає показань для лікування цим препаратом хворих із багатовузловим зобом за умов зниженого (<1,0 мОД/л) рівня ТТГ, що свідчить про наявність функціональної автономії залози (вимагає спостереження з подальшим хірургічним втручанням).

Вищевказані дози L-тироксину, які приводять до зниження ТТГ, не повинні бути абсолютним постулатом для лікування всіх без винятку хворих. Так, перед призначенням L-тироксину пацієнтам похилого віку з вузловим зобом слід здійснити ЕКГ-обстеження, у таких випадках недоцільними вважають монотерапію трийодтироном або застосування комбінованих препаратів, що містять T_4 і T_3 . Розпочинають лікування L-тироксином із невеликої дози (12,5–25 мкг на день), підвищуючи її під контролем ЕКГ і визначення рівня ТТГ. У випадку негативної динаміки показників ЕКГ лікування L-тироксином слід припинити і здійснювати спостереження хворих під контролем УЗД принаймні 1 раз на 6 місяців. Хворі з вираженою тяжкою патологією серцево-судинної системи та вузловим зобом

потребують лише динамічного спостереження з повторним УЗД ЩЗ, а за необхідності — і ТАПБ.

У більшості пацієнтів, яким було здійснено двобічну субтотальну резекцію ЩЗ, розвивається гіпотиреоз. Такі хворі потребують замісної терапії. У хворих із резекцією однієї частки ЩЗ призначення L-тироксину пояснюється необхідністю запобігання рецидиву вузлового зоба. Слід зазначити, що це стосується лише вузлового колоїдного проліферуючого зоба, а використання L-тироксину з метою запобігання рецидиву аденом ЩЗ недоцільне.

Методи лікування багатовузлового токсичного зоба (який частіше трапляється в осіб похилого віку за умов природного йодного дефіциту): субтотальна резекція ЩЗ після медикаментозної підготовки тиреостатичними препаратами або терапія радіоактивним йодом.

Суперечливим залишається питання діагнозу та методів лікування випадково виявлених шляхом УЗД вузлових утворень ЩЗ. Діагноз «вузловий зоб» правомірний у тому випадку, якщо чітко визначено відповідні ознаки вузла, тобто утворення певної ехогенності та структури з наявністю капсули. Точність оцінки ультразвукових ознак насамперед залежить від кваліфікації лікаря, що здійснює дослідження, і здатності апарата УЗД. Враховуючи, що максимальний розмір нормального фолікула ЩЗ досягає 300 мкм, трактувати утворення діаметром 1–2 мм як вузол здебільшого неможливо. Не слід призначати лікування препаратами гормонів ЩЗ. У таких випадках лише за наявності у хворого чинників ризику раку ЩЗ можна виставити клінічний діагноз «вузловий зоб» і здійснювати подальше лікування та спостереження. Якщо осередок зміненої ехогенності малих розмірів у тканині ЩЗ не має чіткої капсули, його розцінюють як «фокальні зміни» тканини залози.

Супресивна терапія препаратами тиреоїдних гормонів, метою якої є пригнічення секреції ТТГ, ефективно зменшує об'єм ЩЗ (за ДНЗ). В окремих випадках на її тлі відбувається зменшення розміру вузлових утворень. Всупереч тому, що доказова база стосовно поліпшення загального прогнозу для таких пацієнтів відсутня, супресивна терапія вузлового зоба має своїх прихильників.

У випадку прийняття рішення про призначення супресивної терапії ще раз нагадаємо її обмеження: доцільність призначення доз L-тироксину, які не приводять до пригнічення продукції ТТГ, сумнівна; супресивну терапію протипоказано за наявності супутньої кардіальної патології та остеопорозу;

доцільність і безпечність постійного приймання супресивних доз препаратів тиреоїдних гормонів сумнівна.

Показання до хірургічного лікування вузлового зоба та пухлин ЩЗ:

а) в ургентному порядку — рак ЩЗ, обґрунтована підозра на малігнізацію за вузлового зоба (вузловий зоб у дітей, у чоловіків, швидкий ріст вузла, щільна консистенція або обмежена рухомість), фолікулярна аденома ЩЗ (схожість гістологічної картини з високо диференційованою фолікулярною аденокарциномою);

б) у плановому порядку — вузол у ЩЗ з ознаками компресії оточуючих органів та/або косметичним дефектом (зазвичай розміром понад 3 см); вузловий зоб із негативною динамікою впродовж консервативного лікування (ріст вузла); багатовузловий токсичний зоб (після здійснення відповідної медикаментозної підготовки); великі кісти (понад 3 см) з фіброзною капсулою та стабільним накопиченням рідини після дворазової аспірації; аденоми ЩЗ будь-якого морфологічного типу; дистопічний зоб (середостіння, корінь язика), загруднинне розташування зоба.

Обсяг хірургічного втручання за вузлового (багатовузлового) зоба залишається предметом тривалих дискусій, натомість зазначимо, що доцільність проведення органозберігаючих операцій за наявності змін в обох частках ЩЗ є сумнівною і не виправданою патогенетично.

Частота найважливіших поопераційних ускладнень, за даними європейських клінік, доволі низька і складає: летальність — 0,2%, парези гортанних нервів — 0,5–3%, перманентний гіпопаратиреоз — 0,5%. Втім, операція не лише не усуває причин виникнення зоба, але й призводить через порушення продукції ендогенного гормону до посилення тиреотропної стимуляції залишкової тканини. Це пов'язано з небезпекою рецидиву зоба, розвиток якого завжди створює серйозну проблему як для пацієнта, так і для хірурга, адже ризик ускладнень після повторних операцій на щитоподібній залозі значно вищий. Тому рекомендується одразу після хірургічного втручання розпочинати тривалу, здебільшого довічну профілактику рецидиву. Після односторонньої резекції з великим залишком тиреоїдної тканини достатнім є застосування калію йодиду (наприклад, Йодомарину 100–200 мкг/добу). За тенденції до латентного або маніфестного гіпотиреозу необхідно застосовувати L-тироксин у дозі 50–100 мкг/добу.

Контроль функції ЩЗ здійснюють через 6–8 тижнів по операції, надалі — щорічно.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Алгоритмы обследования и лечения пациентов в эндокринологии. Заболевания щитовидной железы.* Под. ред. И.И.Дедова, Г.А.Мельниченко. — М., 2008. — 42 с.
2. *Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М.* Фундаментальная и клиническая тироидология (руководство). — М.: Медицина, 2007. — 816 с.
3. Боднар П.Н. (ред.). *Эндокринология.* — Винница: Нова книга, 2007. — 344 с.
4. *Данилова Л.И.* Болезни щитовидной железы и ассоциированные с ними заболевания. — Минск-Нагасаки, 2005. — 470 с.
5. *Комісаренко І.В., Болгов М.Ю.* Діагностика і хірургічне лікування вузлових форм зоба у дітей та підлітків // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2002. — № 1(1). — С. 20.
6. *Ларін О.С., Черенько С.М., Журбицька Г.О.* Хірургічне лікування багатовузлових форм зоба при йоддефіцитному стані // Лікарська справа. — 2001. — № 4. — С. 29–32.
7. *Олійник В.А.* Патологія щитовидної залози в Україні (епідеміологія та регіональні особливості) // Журнал практичного лікаря. — 2001. — № 2. — С. 5–7.
8. *Рибаков С.Й.* Об'єктивні та суб'єктивні критерії в підходах до хірургічного лікування вузлового зоба // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2003. — № 1(2). — С. 82.
9. *Хазиев В.В.* Актуальные вопросы диагностики и лечения узловой патологии щитовидной железы. — В кн.: 100 избранных лекций по эндокринологии / Под ред. Ю.И.Караченцева. — Харьков, 2009. — 948 с.
10. *Черенько С.М.* Сучасні тенденції в діагностиці та лікуванні вузлового зоба: досвід клініки у вирішенні дискусійних питань // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2002. — № 1(1), С. 7–9.
11. *Швед М.І., Пасечко Н.В., Мартинюк Л.П. та ін.* Клінічна ендокринологія в схемах і таблицях. — Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2006. — 344 с.
12. *Canaris G.I., Manovitz N.R., Mayor G.M., Ridgway E.C.* The Colorado thyroid disease prevalence study // Arch. Intern.Med. — 2000. — Vol.160. — P. 526–534.
13. *Delange F., Fischer D.A.* The thyroid gland // Clinical Paediatric Endocrinology. — Oxford: Blackwell Science, 1995. — P. 397–433.
14. *Lind P., Langsteger W., Molnar M. et al.* Epidemiology of thyroid diseases in iodine sufficiency // Thyroid. — 1998. — Vol.8. — P. 1179–1183.
15. *Nussey S.S., Whitehead S.A.* Endocrinology. An integrated approach. — BIOS Scientific Publishers Limited, 2001. — 358 p.
16. *Wemeau J.L., Caron P., Schvartz C. et al.* Effects of thyroid-stimulating hormone suppression with levothyroxine in reducing the volume of solitary thyroid nodules and improving extranodular nonpalpable changes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial by the French Thyroid Resear // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2002. — Vol.87, № 11. — P. 4928–4934.

РЕЗЮМЕ

Узловой зоб: современные аспекты диагностики и лечения

В.И. Панькив

В лекции освещены вопросы терминологии, патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения разных форм узловых заболеваний щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа, узловой зоб, диагностика, лечение.

SUMMARY

Nodular goiter: modern aspects of diagnostics and treatment

V. Pankiv

Lecture covers questions of terminology, pathogenesis, diagnostics, differential diagnosis and treatment of various forms of thyroid nodular lesions.

Key words: thyroid gland, nodular goiter, diagnostics, treatment.

Дата надходження до редакції 17.11.2010 р.