СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ И ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗ

COMBINED PATHOLOGY OF THE THYROID AND PARTHYROID GLANDS

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА, г. Ижевск

Леднева Анна Викторовна, к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА, г. Ижевск

Большакова Яна Алексеевна, студентка ФГБОУ ВО ИГМА, г. Ижевск

Зиятдинова Алина Ильсуровна, студентка ФГБОУ ВО ИГМА, г. Ижевск

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery, FSBEI VO IGMA, Izhevsk

Ledneva Anna Viktorovna, Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Faculty Surgery, FSBEI HE ISMA, Izhevsk

Bolshakova Yana Alekseevna, student of FGBOU VO IGMA, Izhevsk

Ziyatdinova Alina Ilsurovna, student of FGBOU VO IGMA, Izhevsk

Аннотация

В нашем мире у людей наиболее часто встречаются новообразования в организме, которые несут доброкачественный характер, но бывают и злокачественные. Однако среди всех узловых образований щитовидной железы сложно до операции провести дифференциальную диагностику доброкачественной опухоли - аденому. Актуальность проблемы обусловлена тем, что в эндокринологии на долю аденомы щитовидной железы приходится от 45 до 75% всех узловых образований щитовидной железы. Опухоль в 4 раза чаще развивается у женщин, чем у мужчин. Средний возраст пациентов с

аденомой в основном составляет 45-55 лет. Самое опасное, что аденома щитовидной железы относится к опухолям, обладающим потенциальной злокачественностью, то есть возможностью трансформироваться в рак щитовидной железы.

Annotation

In our world, people most often have neoplasms in the body that are benign in nature, but there are also malignant ones. However, among all the nodules of the thyroid gland, it is difficult to carry out a differential diagnosis of a benign tumor - adenoma before surgery. The urgency of the problem is due to the fact that in endocrinology the share of adenoma of the thyroid gland accounts for 45 to 75% of all nodules of the thyroid gland. The tumor is 4 times more likely to develop in women than in men. The average age of patients with adenoma is generally 45-55 years. The most dangerous thing is that the thyroid adenoma belongs to tumors with potential malignancy, that is, the ability to transform into thyroid cancer.

Ключевые слова: аденома, щитовидная железа, доброкачественная, злокачественная, опухоли.

Key words: adenoma, thyroid gland, benign, malignant, tumors.

Аденома - доброкачественное узловое новообразование тиреоидной ткани, которая чаще протекает бессимптомно, либо проявляет признаки гипертиреоза и компрессией органов шеи.

Существует классификация аденом в зависимости от морфологического строения, которая может состоять из разных клеток:

- **Фолликулярная аденома**. Представляет собой узел округлой формы, покрытый капсулой.
- **Папиллярна аденома**. Имеет вид полости – кисты.
- **Аденома из клеток Гюртле**. Состоит из **В-клеток** щитовидной железы.
- **Токсическая аденома щитовидной железы** (синонимы: функционирующая аденома, болезнь Пламмера). Эта опухоль выделяет

большое количество гормонов и сопровождается наиболее выраженными симптомами.

- **Другие разновидности**.

Однако большинство аденом щитовидной железы имеют фолликулярную дифференцировку эпителия. Папиллярные аденомы в основном расценивают, как папиллярный рак щитовидной железы.

Отличить один вид аденомы от другого можно только при исследовании фрагмента новообразования под микроскопом. Выделяется среди прочих разновидностей своими симптомами только токсическая аденома щитовидной железы.

Чаще при аденоме в толще железы обнаруживается один узел. Реже встречаются множественные узлы.

Причины развития аденомы щитовидной железы

Причины и механизмы развития аденомы щитовидной железы до конца не выяснены. Однако в патогенезе данного процесса не исключается роль гиперсекреции тиротропина, нарушения регионарной симпатической иннервации, мутация гена, кодирующего рецепторы тиреотропного гормона гипофиза. Функционирующие аденомы щитовидной железы часто развиваются на фоне ранее существовавшего нетоксического узла. Причём наиболее частой причиной развития нетоксического узлового зоба является дефицит йода в воде и почве, наличие узлового эутиреоидного зоба, наследственная предрасположенность. Пусковым механизмом к развитию аденомы щитовидной железы часто служат травмы области шеи (ушибы, гематомы). Нередко аденомы щитовидной железы развиваются на фоне аутоиммунных заболеваний.

Аденомы щитовидной железы обычно растут моноцентрично, в виде одиночного узла, имеют медленное многолетнее развитие. Так, например, аденомы вначале не нарушают гормональный баланс. На сцинтиграммах образование отражается в виде «холодного» или «теплого» узла. Когда

происходит увеличение размеров узла и возрастания его функциональной активности по механизму обратной связи начинает тормозиться секреция тиреотропного гормона. В тиреоидной ткани интактная часть со временем атрофируется и становится не функционирующей, поэтому на сцинтиграмме щитовидной железы наблюдается накопление радиоактивный йод в области гиперфункционирующей аденомы («горячий» узел). Поэтому у больного развивается тиреотоксикоз. Около 10% случаев нефункционирующие аденомы щитовидной железы превращаются в токсические.

Эпидемиология

Среди здорового населения при пальпации щитовидной железы узловой зоб регистрируют у 3-5% обследуемых, при аутопсии ткани щитовидной железы узловые образования обнаруживают в 50% случаев. Распространенность узлового зоба в Удмуртской республике высокая из-за йодного дефицита, примерно составляет около 40%. Частота заболевания увеличивается с возрастом и выше у женщин, по сравнению с мужчинами (1:10).

Симптомы аденомы щитовидной железы

Нефункционирующая аденома щитовидной железы длительное время протекает бессимптомной и в основном выявляется эндокринологом на медицинском осмотре или при проведении УЗИ щитовидной железы. Поэтому при пальпации шеи обнаруживается солитарное узловое образование одной из долей щитовидной железы: безболезненное, подвижное, плотное или мягкоэластическое. При увеличении размеров аденомы может быть видимая деформация шеи, компрессионный синдром — чувство давления, дисфагия, одышка. Однако длительное течение может сопровождаться ее кальцификацией и оссификацией, развитием узлового токсического зоба, злокачественным перерождением, кровоизлиянием в ткань аденомы, инфицированием гематомы. Токсическая аденома сопровождается такими симптомами:

- снижением массы тела при обычном образе жизни и питании
- потливость
- быстрая утомляемость при физических нагрузках

- эмоциональные расстройства (раздражительность, тревожность, бессонница, плаксивость)
- возникновение синусовой тахикардии или мерцательной аритмии, приступов стенокардии, артериальной гипертензии
- лихорадочные состояния
- расстройства функции ЖКТ
- экзофтальм

При гипертиреозе у женщин происходит нарушение менструального цикла и бесплодие, а мужчин - потенция, гинекомастия.

Лечение аденомы щитовидной железы

Аденомы щитовидной железы удаляются хирургическим путём. Существует так же консервативное лечение, которое допускается лишь при коллоидной аденоме, преимущественно в период беременности, поскольку данный вид опухоли реже малигнизируется.

В основном операция выполняется на фоне эутиреоидного состояния, поэтому при тиреотоксикозе проводится предварительное медикаментозное лечение тиростатическими препаратами.

Однако при возникновении эутиреоза производится энуклеация узла щитовидной железы со срочным гистологическим исследованием аденомы. Рассмотрим данное лечение, на примере, клинического случая.

Клинический случай

Пациентка Н. 51 г. планово поступила в хирургическое отделение 1РКБ г. Ижевска с диагнозом нетоксический одноузловой зоб. Поступила она с жалобами на слабость и ощущение инородного тела в горле. Ей было проведено УЗД щитовидной железы и паращитовидной желез, где обнаружили узловой зоб (узел справа) на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита. Так же на ультразвуковой диагностики дуплексоного сканирования сосудов щитовидной железы было обнаружено умеренное усиление сосудов щитовидной железы. Из анамнеза врачом эндокринологом выявлено, что изменения в щитовидной железе впервые обнаружено около 4 лет назад,

дважды проводилось тонкоигольная аспирационная биопсия узлов щитовидной железы (ТАБ). LD-высокая клеточность - пролиферация тиреоцитов с выраженным полиморфизмом ядер, с образованием атипических фолликулярных структур, с нагромождением ядер. При осмотре выявил, что щитовидная железа увеличина до 1 степени, неоднородная (справа), эластической консистенции, безболезненна. Наличие узловых образований: LD-плотноэластический, неоднородный, подвижный, безболезненный узел с переходом на перешеек, LS-не пальпируется. Глазные симптомы (-), тремор рук (-), дыхание везикулярное, хрипов нет. Эндокринолог поставил диагноз Нетоксический одноузловой зоб 1 степени (подозрение на фолликулярную неоплазию, Behtesda IV (по результату цитологии), не исключается на фоне хронического аутоиммуного тиреоидита (по УЗИ) Эутиреоз. Назначил эндокринолог оперативное лечение.

Протокол операции.

Под эндотрахеальном наркозом (ЭТН) выполнен разрез кожи на передней поверхности шеи. Пересечена гипогиодная группа мышц. Выделена из капсулы щитовидная железа. Правая доля - 3×2, 5×2 см, плотно-эластической консистенции. Левая доля - 2×2, 2×1,5 см, эластической консистенции. Выделены верхние и нижние щитовидные сосуды справа, лигированы, пересечены. Произведена гемитиреоидэктомия справа с субкапсульной перевязкой и пересечением сосудов. Контроль гемостаза - сухо. В ложе правой доли щитовидной железы установлен резиновый дренажный выпускник. Рана послойна зашита. Спиртовая асептическая повязка наложена.

Препарат: удаленная ткань щитовидной железы отправлена на гистологическое исследование. На разрезе правой доли щитовидной железы визуализируется 2 плотных узла сероватого цвета 1 и 0,5 см в диаметре. Кальцинатов нет.

Заключение

На фоне выше изложенного хочется сказать, что своевременное комплексное обследование и индивидуальное лечение аденомы щитовидной железы дает полное выздоровление. После операции необходимо диспансерное наблюдение

у эндокринолога, периодический контроль гормонов щитовидной железы, отказ от вредных привычек, избегать чрезмерные инсоляции.

Литература

1. Заболевания щитовидной и околощитовидных желез : учебно-методическое пособие / С. В. Якубовский. – Минск : БГМУ, 2018. – 40 с.
2. Ефимов А. С. Малая энциклопедия врача-эндокринолога. — 1-е изд. — К.: Медкнига, ДСГ Лтд, Киев, 2007. — С. 78-81. — 360 с. — («Библиотечка практикующего врача»). — 5000 экз..
3. Клиническая эндокринология. Руководство / Под ред. Н. Т. Старковой. — 3-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2002. — С. 187—200. — 576 с. — («Спутник Врача»). — 4000 экз.
4. С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, В.А. Грачева Тотальная тиреоидэктомия при доброкачественных заболеваниях щитовидной железы //. Морфологические ведомости. – Самара, 2009.№3 – с.39-42.
5. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Загребина Н.И. и др. Психоэмоциональное состояние пациентов с заболеваниями щитовидной железы в ближайшем и отдаленном периодах //. Современные проблемы науки и образования. Москва, 2015.
6. Стяжкина С.Н., Грачева В.А., Ситников В.А. Клинико-морфологические параллели при узловых образованиях щитовидной железы // Морфологические ведомости : международный морфологический журнал. – М. – Берлин, 2009. - С. 217–217.

Literature

1. Diseases of the thyroid and parathyroid glands: teaching aid / SV Yakubovsky. - Minsk: BSMU, 2018 .-- 40 p.
2. Efimov AS Small encyclopedia of endocrinologist. - 1st ed. - K .: Medkniga, DSG Ltd, Kiev, 2007. - S. 78-81. - 360 p. - ("Library of the Practitioner"). - 5000 copies.

3. Clinical endocrinology. Manual / Ed. N. T. Starkova. - 3rd ed., Rev. and add. - SPb .: Peter, 2002. - S. 187-200. - 576 p. - ("Companion of the Doctor"). - 4000 copies.
4. S.N. Styazhkin, V.A. Sitnikov, V.A. Gracheva Total thyroidectomy for benign thyroid diseases //. Morphological statements. - Samara, 2009. No. 3 - p. 39-42.
5. Styazhkina S.N., Sitnikov V.A., Zagrebina N.I. et al. Psychoemotional state of patients with thyroid diseases in the near and distant periods //. Modern problems of science and education. Moscow, 2015.
6. Styazhkina S.N., Gracheva V.A., Sitnikov V.A. Clinical and morphological parallels in thyroid nodules // Morphological statements: international morphological journal. - M. - Berlin, 2009. - S. 217–217.