

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА

²Федоров В.Э., ¹Захохов Р.М., ²Харитонов Б. С.

¹Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Кабардино-Балкарская республика, Россия (360004, Нальчик, ул. Чернышевского, 173), e-mail kbsb@kbsu.ru;

²ГОУ ВПО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», Саратов, Россия (410012, Саратов, ГСП ул. Большая Казачья, 112), e-mail: kateha007@bk.ru

В клинике общей хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета за период с 2000 по 2013 годы повторно прооперировано 85 (4,5% от числа всех оперированных) пациентов. По поводу рецидива диффузного токсического зоба прооперировано 10 (11,8 %) человек. По поводу рецидивов узловых образований прооперировано 36 больных, что составило 42,4% от числа всех рецидивных зобов и 8,3 % от числа оперированных по поводу УО. При раке щитовидной железы в сроки до 5 лет после операции наблюдалось 8 рецидивов, что составило 9,4% от числа всех рецидивов и 4,3% от числа прооперированных по поводу рака. При аутоиммунном тиреоидите наблюдалось 31 осложнение, что составило 30,4 % от числа всех оперированных по данному поводу и 36,5% от числа всех рецидивов. Росту числа осложнений способствовало выполнение операций с сохранением тиреоидного остатка.

Ключевые слова: оперативное лечение, рецидив зоба.

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT GOITER

²Fedorov V.E., ¹Zahohov R.M., ²Kharitonov B.S.

¹Kabardino-Balkarian state University n.a. H.M.Berberov, Nalchik, Kabardino-Balkar Republic, Russia (360004, Nalchik, Chernyshevsky street, 173), e-mail kbsb@kbsu.ru;

²Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia (410012, Saratov, street B.Kazachya, 112), e-mail: kateha007@bk.ru

In the clinic of General surgery of Kabardino-Balkarian state University for the period from 2000 to 2013 re-operated 85 (4.5% of the number of all operated patients). For recurrent diffuse toxic goiter preparirovania (11.8 per cent). Regarding recurrence the nodules operated upon 36 patients, which accounted for 42.4 per cent of all recurrent goitres and 8.3 % of those operated on for EE. When thyroid cancer in terms up to 5 years after surgery was observed 8 recurrences, which amounted to 9.4% of all recurrences and 4.3% of those operated on for cancer. In autoimmune t-reidite was observed 31 a complication, which accounted for 30,4 % of all operated on this occasion and 36.5% of all relapses. The increase in the number of complications contributed to the execution of operations with preservation of the thyroid remnant.

Keywords: surgical treatment, recurrence of the goiter.

По данным [2,5,7], рецидивы ЗЩЖ прежде всего связаны с нарушением стандартов самой операции. Другие авторы [1,3,4,6] сделали еще более жесткий вывод: рецидивы – это нерадикально выполненная операция. Следовательно, вопросы тактики хирурга при таких ситуациях остаются нерешенными – это и составляет актуальность избранной темы исследования.

Цель исследования: анализ причин рецидива зоба после операций.

Задачи: изучение зависимости числа рецидивов зоба от нозологической формы заболевания.

Материал и методы. В клинике общей хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета за период с 2000 по 2013 годы повторно прооперировано 85 (4,5% от числа всех оперированных) пациентов.

Средний возраст оперированных $43,5 \pm 0,12$ лет (от 20 до 73 лет).

Данным больным ранее были выполнены следующие операции: гемитиреоидэктомия (ГТЭ) – 44 (51,8%) больным, субтотальная резекция щитовидной железы (СР ЩЖ), когда оставляется более 4 г ткани щитовидной железы (ЩЖ) – 22 (25,9%) больным, еще у 11 (12,9%) больных выполнена предельно СР ЩЖ, когда оставляется менее 2 г ЩЖ, резекция щитовидной железы (РЩЖ) выполнена 6 (7,1%) больным и тиреоидэктомия (ТЭ) – 2 (2,5%) пациентам.

Все больные разделены на 2 группы: поступившие с 2000 по 2006 гг. и поступившие с 2007 по 2013 гг. Эти группы различались, тем, что в основной группе операции носили тотально-радикальный характер, а в группе сравнения (2000-2006 гг.) хирургические вмешательства выполняли с сохранением тиреоидного остатка.

Послеоперационный гипертиреоз с гиперплазией тиреоидного остатка наблюдался у 10 (11,8%) больных: 8 (2,2%) пациентов основной группы и 2 (5%) пациентов группы сравнения, которым была выполнена СР ЩЖ по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ).

Точно такие же данные получили И.В. Макаров и соавт. (2012), которые считали, что СР ЩЖ по О.В. Николаеву остается адекватной операцией, но рецидив – гиперфункция тиреоидного остатка наблюдается у 5,2% больных.

По мнению [8] рецидив узлового зоба у большинства пациентов после вмешательств с сохранением тиреоидной ткани зачастую возникал и протекал без каких-либо клинических проявлений, поэтому реальные клинические показания к оперативному вмешательству были подтверждены только у 14,1% больных.

В клинике эти данные не подтверждаются. По поводу рецидивов узловых образований (УО) прооперировано 36 больных, что составило 42,4% от числа всех рецидивных зобов и 8,3 % от числа оперированных по поводу УО. У всех была ясная клиническая картина заболевания, которая подтверждалась данными ультразвукового исследования (УЗИ), где обнаруженные изменения выглядели следующим образом: солитарный узел обнаружен у 8 (22,2%) пациентов, а множественные очаговые образования у 28 (77,8%).

Из них у 4 больных, что составило 11,1% от числа рецидивов УО и 4,7% от числа всех осложнений, наблюдались рецидивы заболевания после выполнения резекций ЩЖ, у 7 больных, что составило 19,4% от числа рецидивов УО и 8,2% от числа всех осложнений –

после выполнения СР ЩЖ и у 25 больных, 69,4% от числа рецидивов УО и 29,4% от числа всех осложнений – после выполнения ГТЭ.

Если общее число рецидивов УО ЩЖ в группе сравнения составило 19 (52,8% от числа рецидивов УО и 22,4% от числа всех осложнений), после резекций ЩЖ рецидивы УО наблюдались у 11 (30,6% от числа рецидивов УО и 12,9% от числа всех осложнений). В основной группе все рецидивы – 17 (47,2% от числа рецидивов УО и 20% от числа всех осложнений) человек наблюдались после ГТЭ с истмусэктомией (ИЭ).

При раке щитовидной железы (РЩЖ) в сроки до 5 лет после операции наблюдалось 8 рецидивов, что составило 9,4% от числа всех рецидивов и 4,3% от числа прооперированных по поводу рака. Из них у 2 (1,8%) больных основной группы был анапластический РЩЖ, им была выполнена ТЭ. У 6 (7,1% от числа всех рецидивов) больных из группы сравнения выявлены рецидивы папиллярного и фолликулярного рака, из которых 5 (5,9% от числа всех рецидивов) пациентам произведена СР ЩЖ, а 1 (1,2% от числа всех рецидивов) пациенту – ГТЭ с ИЭ.

При аутоиммунном тиреоидите (АИТ) наблюдалось больше всего осложнений: 31 случай, что составило 30,4 % от числа всех оперированных по данному поводу и 36,5% от числа всех рецидивов. Из них у 2 (1,9% от числа всех прооперированных по поводу АИТ) больных осложнение возникло после резекции ЩЖ, у 11 (10,8% от числа всех прооперированных по поводу АИТ) больных после СР и у 18 (17,6% от числа всех прооперированных по поводу АИТ) после ГТЭ с ИЭ.

Обсуждение. Полученные данные в группах можно сравнить между собой. При ДТЗ число рецидивов составляло 10 (2,5%) человек от числа всех прооперированных по поводу данной патологии. Из них в основной группе было 8 человек, что составило 2,2% от числа всех прооперированных в данной группе. В группе сравнения было 2 человека, что составило 5% от числа всех прооперированных в данной группе. Следовательно, радикальная тактика основной группы ведет к снижению рецидивов ДТЗ хирургического лечения более чем в 2 раза.

При сравнении результатов лечения УО ЩЖ получается еще более эффективный результат. В основной группе наблюдалось 17 (1,9%) рецидивов, а в группе сравнения – 19 (5,7%). То есть, количество рецидивов снизилось почти в 3 раза.

Число рецидивов РЩЖ наблюдалось у 2 больных основной группы, что составило 1,8% от числа прооперированных в группе, и у 6 больных группы сравнения, что составило 7,9% от числа прооперированных в группе. Получается, что и здесь рецидивы в группе сравнения стали встречаться в 4 раза чаще. Хотя следует отметить, что в основной группе у этих пациентов был гистологически подтвержденный анапластический рак, что делает у них

неблагоприятным дальнейший прогноз.

При АИТ наблюдалось наибольшее число рецидивов в обеих группах. В основной группе выявлено 18 рецидивов, что составило 28,6% от числа прооперированных в данной группе, и 13 рецидивов в группе сравнения, что составило 33,3% от числа прооперированных в данной группе. В данном случае показатели сопоставимы, но все-таки в основной группе они лучше.

Полученные данные о частоте рецидивов ЗЦЖ представлены в таблице 1. В ней отражены результаты лечения ЗЦЖ в сравниваемых группах, которые стали еще одним аргументом в пользу предлагаемой радикальной тактики хирургического лечения, потому, что процент рецидивов от числа прооперированных в основной группе получился меньшим, чем в группе сравнения.

Таблица 1

Количество рецидивов в сравниваемых группах (% от числа оперированных в каждой группе)

Заболевания	Группы				ВСЕГО	
	Основная		Сравнения			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ДТЗ	8	2,2	2	5	10	11,8
УО ЩЖ	17	1,9	19	5,7	36	42,4
РЩЖ	2	1,8	6	7,9	8	9,4
АИТ	18	28,6	13	33,3	31	36,5
ВСЕГО	45	3,2	40	8,1	85	4,5

Основными показаниями к оперативному лечению рецидивного зоба явились: гиперплазия ЩЖ с гипертиреозом у 10 (11,8%) больных, быстрый рост «новых» УО у 52 (61,2%) больных, среди которых подозрение на наличие злокачественной опухоли было у 8 (9,4%) больных и малигнизацию у 12 (14,1%) больных.

Большинству больных выполнена экстирпация ЩЖ – 49 (57,6%) человек, ТЭ выполнена 36 (42,4%) больным. Помимо этого, хирургическое вмешательство расширилось за счет операции Крайля и фасциально-фузлярного иссечения клетчатки шеи, выполненным 22 (25,9%) больным.

В послеоперационном периоде у больных отмечены послеоперационные осложнения. У 8 (9,4%) больных – парез гортани в связи с повреждением возвратного нерва, который у 2 (2,4%) больных он носил временный характер, а у 6 (7, %) – был стойким, с выраженной клинической картиной поперхивания и нарушения глотания. У 6 (7,1%) пациентов после операции наблюдался гипопаратиреоз.

Послеоперационный морфологический диагноз при рецидивном зобе представлен в таблице 2.

Таблица 2

Морфологические изменения в ЩЖ при рецидивном зобе

Гистологическая форма	Число больных	Процент
ДТЗ	10	11,8 %
АИТ	19	22,4 %
УО ЩЖ всего:	36	42,4 %
Коллоидный зоб	22	25,9 %
Рецидив аденомы ЩЖ	14	16,5 %
Рак щитовидной железы всего:	8	9,4 %
папиллярный	5	5,9 %
фолликулярный	3	3,5 %
Малигнизация при АИТ	12	14,1 %
Итого	85	100 %

Из нее следует, что при ДТЗ рецидив наблюдался у 10 (11,8%) больных, что проявлялось гиперплазией ткани ЩЖ. Чаще всего рецидивы наблюдались при УО ЩЖ – 36 (42,4%) больных без лиц с злокачественными новообразованиями.

Узловой коллоидный зоб выявлен у 22 (25,9 %) больных, а рецидив аденомы ЩЖ – у 14 (16,5%) больных. Обращает на себя внимание то, что частота РЩЖ и АИТ мало отличались между собой: соотношение составляло 20 (23,5 %) и 19 (22,4 %) больных.

Заключение. Исходя из полученных в клинике данных, следует отметить, что оперативное лечение рецидивного зоба является самым сложным разделом эндокринной хирургии, который с одной стороны характеризует уровень самих эндокринных хирургов в регионе, а с другой – по принципу обратной связи показывает состояние проблемы: чем меньше рецидивов – тем выше качество хирургической помощи эндокринологическим больным. На рост числа рецидивных заболеваний ЩЖ, прежде всего, влияют органосохраняющие операции.

Список литературы

1. Бондаренко В.О., Дэпюи Т.И., Зорина С.В. Проблемы рецидивного зоба в

эндокринной хирургии // Эндокринная хирургия. – 2008. – № 1(2). – С. 20-22.

2. Захарова С. М. Многоузловой эутиреоидный зоб: эпидемиология, катамнез, диагностика функциональной автономии щитовидной железы: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2006. – 20 с.

3. Макаров И.В., Галкин Р.А., Шибанов В.Я. Результаты хирургического лечения больных диффузным токсическим зобом // Хирург. – 2012. – № 9. – С. 8-13.

4. Меньков А.В. Патологическое значение рецидива узлового зоба после операций на щитовидной железе // СТМ. – 2011. – № 1. – С. 131-133.

5. Рябченко Е.В. Диагностика и хирургическое лечение узловых форм зоба // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. -№9. – С. 162-165.

6. Цуркан А.Ю. Современные подходы к лечению рецидивного зоба. Вестник новых медицинских технологий. – 2013. –Т. XX, №2. – С. 254-257.

7. Шулутко А. М., Семиков В.И., Иванова Н.А. Рецидивный зоб и пути его профилактики // Российский медицинский журнал. – 2002. – № 3. – С. 17-19.

8. —Bounema S.L., Beunedback F.N. Wiersinga. Management of the nontoxic multinodular goiter: a European questionari stady // Clin. endocrinol. (Oxf). – 2000. –Vol. 53. – P. 3.4.

Рецензенты:

Толстокоров А.С., д.м.н., профессор кафедры хирургии факультета повышения квалификации Саратовского государственного медицинского университета, г. Саратов;

Долишний В.Н., д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета, г. Саратов.