

Е. А. Корьмасов, С. А. Иванов, Ю. В. Горбунов, М. Н. Козлов, В. Е. Богданов
 Самарский государственный медицинский университет
 Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина

ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ: ПРИОРИТЕТ МОРФОЛОГИИ ИЛИ ФУНКЦИИ?

Изучены результаты двух типов операций у 149 больных со смешанным и диффузным токсическим зобом: субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы и тиреоидэктомии. Из 71 пациента со смешанным зобом субтотальная резекция проведена в 70,4%, тиреоидэктомия – в 29,6%, из числа 78 пациентов с диффузным зобом субтотальная субфасциальная резекция выполнена в 87,2%, тиреоидэктомия – в 12,8%. В отдаленные сроки рецидив токсического зоба развился у 9 из 149 (6,0%): у 7 после 50 субтотальной резекций по поводу смешанного зоба (14%) и у 2 после 68 субтотальных резекций по поводу диффузного зоба (2,9%). Потребность в заместительной терапии после субтотальной резекции, произведенной по поводу диффузного токсического зоба возникла у 12 из 68 (17,6%). Частота гипотиреоза у больных после субтотальной резекции железы превосходит частоту рецидива в отдаленные сроки. Субтотальную резекцию при токсическом зобе железы следует признать операцией, отвечающей требованиям как радикализма, так и сохранения функции. Тиреоидэктомия показана при многоузловом токсическом зобе, но является вынужденной.

Ключевые слова: токсический зоб, смешанный зоб, диффузный зоб, субтотальная резекция, тиреоидэктомия, рецидив тиреотоксикоза.

Актуальность вопроса о выборе объема операции при токсическом зобе связана с неутихающей дискуссией апологетов субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы и сторонников тиреоидэктомии при диффузном токсическом зобе. Выбор в пользу полного удаления ЩЖ обосновывается опасностью «пропустить» злокачественный рост в узловых образованиях, которые практически всегда встречаются при диффузном поражении железы. До настоящего времени нет метода, включая интраоперационную ревизию, позволяющего абсолютно достоверно исключать мелкие узлы и кисты, злокачественный рост в них. Игнорирование этого факта обуславливает развитие так называемого «ложного рецидива» зоба (Романчишен А. Ф. и соавт., 1994). Повторные же операции чреваты различными осложнениями.

Позиция противников тиреоидэктомии базируется на следующем. Онкологический риск представляют одиночные узлами (Кононенко С. Н., 2001, Кузнецов Н. С. и соавт., 2001). Развитие рака чаще отмечается не в коллоидном узле, а в паренхиме железы (Шулутко А. М. и соавт., 2002). Поэтому надежды возлагаются на дооперационную пункционную биопсию. К тому же, у любого пациента есть мелкие кисты, а опасность возникновения гормонально-активных узлов невелика. «Профилактическая погоня» за всеми кистозно-расширенными фолликулами не оправдана из-за опасности развития тяжелого гипотиреоза. Более того, отсутствие достаточного количества функционирующей тиреоидной

паренхимы может привести (по механизму обратной связи) к росту кист и узлов.

Цель исследования: анализ отдаленных результатов хирургического лечения токсического зоба в связи с объемом операции.

Материал и методы

С 2003 по 2011 гг. в клинике хирургии института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета и Самарской областной клинической больницы им. М. И. Калинина, по поводу токсического зоба оперированы 149 больных. (у 71 смешанный токсический зоб, у 78 диффузный токсический зоб.)

Среди 71 пациента со смешанным токсическим зобом субтотальная резекция щитовидной железы по методу О.В. Николаева проведена у 50 (70,4%), тиреоидэктомия – у 21 (29,6%). После 50 субтотальных резекций кистозно-коллоидный зоб (макро-микрофолликулярный) визуализирован у 35 (70%), паренхиматозный – у 15 (30%), после 21 тиреоидэктомии соответственно у 17 (81%) и у 4 (19%). Статистически значимых отличий частоты выявленных морфологических форм у больных со смешанным зобом в связи с характером произведенных операций не отмечено ($\chi^2=0,43$, $p>0,05$).

Среди 78 пациентов с ДТЗ субтотальная субфасциальная резекция железы по методу О. В. Николаева выполнена у 68 (87,2%), тиреоидэктомия – у 10 (12,8%). Гистологически у 43 (63,2%) верифицирован коллоидный зоб

(макро-микрофолликулярний), у 25 (36,8%) паренхиматозний. Из числа подверженных тиреоидэктомии соответствующие гистологические заключения получены у 9 и у 1 (10%). Статистически значимых отличий частоты выявленных морфологических форм в зависимости от объема вмешательства при смешанном токсическом зобе не отмечено ($\chi^2=1,73$, $p>0,05$). Обращает внимание, что у 45 из 78 больных с ДТЗ (57,7%) в макропрепаратах были выявлены мелкие кисты, гистологически определяемые как микрофолликулярные разрастания.

Важным фактом является наличие статистически значимых различий в частоте выполнения той или иной операции при разных формах токсического зоба ($\chi^2=5,36$, $p<0,05$): тиреоидэктомии отдавали предпочтение чаще при смешанном зобе, субтотальной резекции при диффузном зобе.

Результаты и обсуждение

Результаты операции у всех оперированных изучены на протяжении не менее 3 лет (либо при непосредственном обследовании, либо по результатам представленных анкет и выписок с результатами обследования).

В отдаленные сроки рецидив токсического зоба выявлен у 9 из 149 (6,0%). У 7 он развился после 50 субтотальных резекций по поводу смешанного зоба (14%), у 2 после 68 субтотальных резекций по поводу диффузного зоба (2,9%). Различия в частоте рецидива в зависимости от формы зоба статистически значимы ($\chi^2=6,69$, $p<0,05$): частота рецидива после субтотальной резекции по поводу диффузного зоба ниже. Это указывает на роль «инструментально» выявляемых узлов при смешанном зобе в возникновении рецидива, в отличие от якобы потенциально существующих «предшественников» узлов при диффузном зобе. В целом частота рецидива после 118 субтотальных резекций составила 7,6%.

Интересным является факт: из 7 опериро-

ванных по поводу смешанного зоба у 6 гистологически после операции верифицирован кистозно-коллоидный зоб, у 1 паренхиматозный. Рецидивы при диффузном зобе развились в случаях, в которых было дано гистологическое заключение «кистозно-коллоидный зоб» ($p=0,81$).

В отдаленные сроки заместительная терапия L-тироксином проводилась 103 из 149 обследованных (69,1%). 71 из них оперированы по поводу смешанного зоба, 10 пациентов оперированы по поводу диффузного зоба и которым выполнена тиреоидэктомия, и 12 пациентов, которым по поводу диффузного зоба выполнена субтотальная резекция. Из сказанного следует что, потребность в заместительной терапии возникла только у 12 из 68 человек подвергнутые субтотальной резекции по поводу ДТЗ (17,6%).

Как следует из приведённых данных, опасность развития гипотиреоза у больных после субтотальной резекции ЩЖ превосходит частоту рецидива в отдаленные сроки, как в случаях смешанного токсического зоба, так и в случаях диффузного токсического зоба. Это невольно приводит к мысли о предпочтении субтотальной резекции у всех больных с токсическим зобом. С другой стороны преобладание частоты рецидива после операций по поводу смешанной формы токсического зоба, по сравнению с пациентами с диффузным (14% против 2,9%), диктует необходимость дифференцированного подхода к выбору объема вмешательства у больных со смешанным токсическим зобом и выполнять у них при определенных показаниях тиреоидэктомию.

Выводы

Субтотальную резекцию щитовидной железы при токсическом зобе следует признать единственной операцией, отвечающей требованиям радикализма и сохранения оптимальной функции. Тиреоидэктомия показана при многоузловом токсическом зобе и является вынужденной.

Стаття надійшла до редакції: 25. 07. 2013

Є. А. Коримасов, С. А. Іванов, Ю. В. Горбунов, М. Н. Козлов, В. Є. Богданов
Самарський державний медичний університет
Самарська обласна клінічна лікарня ім. М. І. Калініна

ВИБІР ОБСЯГУ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ТОКСИЧНОМУ ЗОБІ: ПРІОРИТЕТ МОРФОЛОГІЇ АБО ФУНКЦІЇ?

Вивчено результати двох типів операцій у 149 хворих зі змішаним і дифузним токсичним зобом: субтотальної субфасціальної резекції щитовидної залози і тиреоїдектомії. З 71 пацієнта зі змішаним зобом субтотальна резекція проведена у 70,4%, тиреоїдектомія – у 29,6%, з числа 78 пацієнтів з дифузним зобом. Субтотальна субфасціальна резекція виконана в 87,2%, тиреоїдектомія – у 12,8%. У віддалені терміни рецидив токсичного зобу розвинувся у 9 з 149 (6,0%): у 7 після 50 субтотальних резекцій з приводу змішаного зоба (14%) у 2 після 68 субтотальних резекцій з приводу дифузного зобу (2,9%). Потреба в замісній терапії після субтотальної резекції, виконаної з приводу дифузного токсичного зобу виникла у 12 з 68 (17,6%).

Частота гіпотиреозу у хворих після субтотальної резекції залози перевершує частоту рецидиву у віддалені терміни. Субтотальну резекцію при токсичному зобі залози слід визнати операцією, що відповідає вимогам як радикалізму, так і збереження функції. Тиреоїдектомія показана при багатовузловому токсичному зобі, але є вимушеною.

Ключові слова: токсичний зоб, змішаний зоб, дифузний зоб, субтотальна резекція, тиреоїдектомія, рецидив тиреотоксикозу.

E. A. Korymasov, S. A. Ivanov, Y. V. Gorbunov, M. N. Kozlov, V. E. Bogdanov
Samara State Medical University
Samara Regional Clinical Hospital. M. I. Kalinin

SELECTION OF OPERATIONS FOR TOXIC GOITER: PRIORITY OF THE MORPHOLOGY AND FUNCTION?

We analyzed the results of two types of surgery 149 patients with mixed and diffuse toxic struma – a subtotal resection of the thyroid gland and thyroidectomy. Among the 71 patients with mixed struma subtotal resection was performed in 70,4%, thyroidectomy – in 29,6%, and among the 78 patients with diffuse struma subfascial subtotal resection was performed in 87,2%, thyroidectomy – in 12,8%. In long-term follow recurrence of toxic struma was diagnosed in 9 of 149 patients (6,0%): in 7 patients after 50 subtotal resection for mixed struma (14%) and in 2 patients after 68 subtotal resection for diffuse struma (2,9%). Replacement therapy L-thyroxine needed in 103 of the 149 people surveyed (69,1%). In this case, the need for replacement therapy after subtotal resection for diffuse toxic struma occurred in only 12 of the 68 people (17,6%). Risk of hypothyroidism in patients after subtotal resection of the thyroid gland exceeds the rate of recurrence of the disease in the long-term period, as in the case of mixed toxic struma, and in the case of diffuse toxic struma. Subtotal resection of the thyroid gland should be recognized that the only operation that meets the requirements of radicalism in toxic struma and maintain optimal function. Thyroidectomy is indicated for toxic multinodular struma is a necessary measure.

Keywords: toxic struma, mixed struma, diffuse struma, subtotal resection, thyroidectomy, recurrence of hyperthyroidism.