

И. В. Макаров, Р. А. Галкин, В. Я. Шибанов, А. Ю. Сидоров, М. М. Андреев
Самарский государственный медицинский университет

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СУБТОТАЛЬНОЙ СУБФАЦИАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Представлен анализ отдаленных результатов хирургического лечения у 138 больных, оперированных по поводу диффузного токсического зоба по методу О. В. Николаева, в течение 1 года – 10 лет. Выделены прогностические критерии развития рецидивного токсического зоба.

Ключевые слова: субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы, отдаленные результаты, диффузный токсический зоб.

Заболеваемость диффузным токсическим зобом (ДТЗ) в различных регионах РФ составляет от 20 до 50 случаев на 100 000 населения. Болеют преимущественно женщины трудоспособного возраста от 18 до 50 лет (Привалов В. А. и соавт., 2002; Цуркан А. Ю. и соавт., 2009; Калинин А. П. и соавт., 2011). Хирургическое лечение больных с ДТЗ является методом, обеспечивающим наиболее быстрое и эффективное его лечение. Показания к операции возникают в 40–60% (Лещенко И. Г. и соавт., 2008; Аристархов В. Г. и соавт., 2011; Welch K.C. et al., 2011). Большинство хирургов России придерживаются проведения субтотальной резекции щитовидной железы (Романчишен А. Ф., 2010; Аристархов В. Г. и соавт., 2010), тогда как большинство иностранных хирургов считают показанной тиреоидэктомию (Miron A. et al., 2009; Wilhelm S. M. et al., 2010; Liu J et al., 2011).

Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения больных с диффузным токсическим зобом, оперированных по методу О. В. Николаева.

Материал и методы

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения ДТЗ у 138 пациентов (131 жен., 7 муж.), оперированных в период с 2000 по 2010 гг. Соотношение мужчин и женщин – 1:19, средний возраст – 45,6±13,1 лет. Выделены 3 группы: в первую группу включены 36 (26,1%) больных, прослеженные после операции в течение 1–2 лет, во вторую – 59 (42,7%), прослеженные 2–5 лет, в третью – 43 (31,2%), прослеженные в течение 5–10 лет.

Оперативные вмешательства выполняли по методике субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы, предложенной

О. Н. Николаевым. Объем и вес оставляемой тиреоидной ткани определяли интраоперационно, в среднем оставляли не более 4–6 г. Стерильным циркулем определяли ширину, длину и толщину оставляемого участка. Объем тиреоидного остатка (ТО) рассчитывали по формуле $V = D1 \times D2 \times D3$, где D1 – ширина, D2 – длина, D3 – толщина оставляемой ткани ЩЖ. Из удаленной доли выкраивали таких же размеров участки, взвешивали его, что позволяло определять размеры, объем и вес ТО.

Ретроспективно изучены истории болезни и амбулаторные карты оперированных. Оценивали жалобы, локальный статус, длительность анамнеза заболевания и тиреостатической терапии, дозы используемых препаратов, до- и послеоперационные значения ТЗ, Т4, ТТГ, уровень антител к тиреопероксидазе (ат-ТПО) и к тиреоглобулину (ат-ТГ). По данным УЗИ и скинтиграфии оценивали объем, расположение, экзогенность, структуру и функциональную активность оставленной ткани ЩЖ.

Результаты и обсуждение

Установлено, что возраст больных к моменту операции, длительность предшествующей тиреостатической терапии, размеры тиреоидного остатка и его функциональная активность, выраженность аутоиммунных процессов в тиреоидной ткани до и после операции оказывают существенное влияние на отдаленные результаты хирургического лечения больных с ДТЗ.

Эутиреоз у оперированных из числа первой группы верифицирован у 23 (63,9%). Без клинических проявлений гипотиреоза, при нормальных показателях уровня тиреоидных гормонов у 7 (19,4%) отмечено увеличение уровня ТТГ (17,4±10,3 мкМЕ/мл), что позволило их выде-

лить в подгруппу обследованных с субклиническим послеоперационным гипотиреозом (сПОГ). Послеоперационный гипотиреоз разной степени выраженности выявлен у 5 (13,9 %): уровень ТТГ – $34,9 \pm 14,4$ мкМЕ/мл, уровень Т4 – $5,2 \pm 2,6$ пмоль/л. Рецидив тиреотоксикоза имел место у одной больной. При этом пациентка не предъявляла жалоб. Через 2 года у неё нормализовался гормональный статус без какого-либо медикаментозного лечения.

В самой многочисленной второй группе больных эутиреоз верифицирован у 30 (50,8%), сПОГ – у 14 (23,7%), ПОГ – у 12 (20,3%), рецидив у 3 (5,2%). В третьей группе оперированных эутиреоз констатирован у 15 (34,9%), сПОГ – у 9 (20,9%), ПОГ – у 8 (18,6%), рецидив – у 11 (25,6%).

У всех с послеоперационным рецидивным ДТЗ выявлен тиреоидный остаток, вес которого превышал 8–10 г. Их чаще оперировали «общие» хирурги, для которых операции на ЩЖ были «случайными» или немногочисленными.

Как следует из приведенных данных, из 138 больных в разные сроки после операции эутиреоз верифицирован у 68 (49,2%). У них уровни ТЗ, Т4, ТТГ были в пределах референсных значений. У 30 (21,7%) выявлен субклинический гипотиреоз. Заместительную терапию они не получали. Только 25 (18,2%) с послеоперационным гипотиреозом получали заместительную терапию. У 15 (10,9%) прослеженных развился послеоперационный рецидив.

Уровень антитиреоидных антител определялся у всех 138. Показатели ат-ТГ были значительно увеличены и в среднем составляли $612,3 \pm 273,8$ МЕ/мл, показатели ат-ТПО были также увеличены ($809,4 \pm 292,2$ МЕ/мл). В различные сроки после операции выявлено более чем двукратное снижение титра антител к тиреопероксидазе. Более высокие титры антител выявлены при рецидивном ДТЗ.

Учитывая дооперационные уровни ат-ТПО и ат-ТГ в связи с послеоперационными результатами, можно считать, что, повышенный титр антител (ат-ТПО ≥ 600 МЕ/мл и значения ат-ТГ ≥ 300 МЕ/мл) должен служить основанием для оставления меньшего по объему и весу ТО.

Что касается влияния возраста на результаты операции, то частота послеоперационного рецидива была выше в группе больных от 20 до 29 лет. С увеличением возраста оперированных число наблюдений рецидива уменьшалось и напротив, увеличивалось у оперированных, у которых развился гипотиреоз. В группе больных старше 40 лет послеоперационный гипотиреоз развился у каждого третьего. Эти данные свидетельствуют о четкой тенденции, указывающей на то, что ПОГ развивается чаще у лиц старше 40 лет, а рецидив

тиреотоксикоза у лиц в возрасте до 40 лет. Поэтому вес ТО у больных старше 40 лет должен быть суммарно не более 6 г, а моложе 40 – не более 4 г.

Длительность непрерывного приема тионамидов до операции у всех пациентов превышала один год ($4,2 \pm 3,07$ года). У 87 (63%) тиреостатики назначались более 3 лет, при этом у 80 (58%) пациентов в отдаленном периоде развились те или иные нарушения тиреоидного гомеостата. У оперированных больных, принимавших тиреостатики не более 1 года, нарушения тиреоидного статуса были минимальными. При рецидиве тиреотоксикоза отмечали большой объем (от $8,6 \pm 2,1$ до $19,5 \pm 5,7$ г) оставленного ТО.

Полученные данные позволили выделить прогностические критерии послеоперационного тиреоидного статуса:

1) объем ТО у больных старше 40 лет должен составлять суммарно 6 г, моложе 40 лет – не более 4 г; 2) продолжительность антитиреоидной терапии и, соответственно, заболевания не должны превышать 1–1,5 года; 3) повышенный титр антител (ат-ТПО ≥ 600 МЕ/мл и/или ат-ТГ ≥ 300 МЕ/мл) должен быть определяющим при выборе объема ТО (не более 2 г с каждой стороны).

С целью прогнозирования послеоперационного гипотиреоза необходимо принимать во внимание: 1) сохранение в течение 12 месяцев после операции стабильно высоких титров антитиреоидных антител (ат-ТПО от 150 МЕ/мл до 400 МЕ/мл; ат-ТГ от 150 МЕ/мл до 200 МЕ/мл); 2) выявление при гистологическом исследовании в удаленной ткани ЩЖ выраженных признаков аутоиммунного процесса; оставление ТО менее 2 г; 3) выявление при УЗИ ЩЖ диффузно-неоднородной экоструктуры тиреоидного остатка.

С целью прогнозирования тиреотоксикоза следует учитывать: 1) суммарный объем тиреоидного остатка – более 6 г; 2) стабильно высокие титры антител (более 600 МЕ/мл ат-ТПО и более 300 МЕ/мл ат-ТГ), сохраняющиеся после операции в течение более 12 месяцев; 3) развитие субклинического тиреотоксикоза; 4) увеличение тиреоидного остатка по данным УЗИ, прежде всего у лиц < 40 лет.

Выводы

Изучение отдаленных результатов субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы по О. В. Николаеву, проведенное у больных с ДТЗ показало, что у 123 (89,1%) из 138 оперированных имели место или эутиреоз или гипотиреоз. Заместительная терапия потребовалась 25 (18,1%). Результаты свидетельствуют о большей целесообразности выполнения у больных с диффузным токсическим зобом субтотальной резекции щитовидной железы, а не тиреоидэктомии.

І. В. Макаров, Р. А. Галкін, В. Я. Шибанов, А. Ю. Сидоров, М. М. Андреев
Самарський державний медичний університет

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ СУБТОТАЛЬНОЇ СУБФАСЦІАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Представлено аналіз віддалених результатів хірургічного лікування у 138 хворих, оперованих з приводу дифузного токсичного зобу за методом О. В. Миколаєва, протягом 1 року – 10 років. Виділено прогностичні критерії розвитку рецидивного токсичного зобу.

Ключові слова: субтотальна субфасціальна резекція щитовидної залози, віддалені результати, дифузний токсичний зоб.

I. V. Makarov, R. A. Galkin, V. Ya. Shibanov, A. Yu. Sidorov, M. M. Andreev
Samara State Medical University

LONG-TERM RESULTS OF THE SUBFASCIAL SUBTOTAL THYROID RESECTION IN PATIENTS WITH DIFFUSE TOXIC GOITER

This article reflects the current ideas about the treatment of diffuse toxic goiter (DTG) abroad and in Russia. Summarizes the pros and cons of the basic methods and treated in different countries. Presents the analysis of long-term results and quality of life of 138 patients with this pathology in the period from 1 year to 10 years.

Keywords: subtotal resection thyroid glands, long-term results, diffuse toxic goiter.