

ПРОБЛЕМЫ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА В ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ.

Бондаренко В.О., Дэюи Т.И., Зорина С.В., Магомедов Р.Б., Осипов С.В.

*Курс эндокринной хирургии (зав.курсом – проф.Бондаренко В.О.) РМАПО,
Центральная клиническая больница №1 ОАО «РЖД»*

Несмотря на вековую историю хирургии щитовидной железы и накопленный огромный опыт ряд вопросов, касающихся проблем рецидивного зоба не нашли своего окончательного решения (2,7,12,14,17,18).

Рецидивный зоб (РЗ) – один из возможных вариантов неблагоприятного исхода после проведения операции на щитовидной железе (ЩЖ).

Интересным можно считать тот факт, что до сегодняшнего дня нет определения понятия — «рецидивный зоб». Ни в одну из общепринятых и признанных классификаций заболеваний ЩЖ рецидивный зоб как заболевание не входит.

Ряд хирургов классифицируют рецидивы заболеваний ЩЖ на основании сроков их возникновения. Другие врачи выделяют «ложные» и «истинные» рецидивы зоба, закладывая в основу время возникновения рецидива после первичной операции на ЩЖ.

«Ложными» считаются рецидивы, возникшие в течение года после операции, которые связаны с нерадикальностью первичной операции. «Истинные» рецидивы возникают через год и обусловлены воздействием различных «этиопатогенетических» факторов на остатки сохраненной «неизменной» ткани ЩЖ (8). Количество «ложных» рецидивов составляет 58,9-80,2%, «истинных» - 19,8-41,1%(9,25).

Камардин Л.Н. и соавт. считают, что при определении характера рецидива невозможно использовать принцип «фактора времени», поскольку срок появления рецидива не может служить его определяющим признаком (10). Брейдо И.С. предлагает проводить классификацию на основании вида зоба, при котором произошел рецидив(4,5). Валдина Е.А. представляет целесообразным формирование классификации только рецидивного токсического зоба, разделяя рецидивы тиреотоксикоза на 3 группы по причинам их возникновения: 1) тиреотоксикоз, возобновляющийся после неадекватно выполненной операции; 2) тиреотоксикоз вследствие необычной по силе стимуляции нормального по массе тиреоидного остатка; 3) тиреотоксикоз, возникающий вследствие аденоматозной трансформации остатка с высокой функциональной активностью и увеличением массы оставшейся ткани щитовидной железы(6). Цариковская Н.Г. и соавт. различают «ранние» и «поздние» рецидивы, возникшие соответственно до года и более чем через год после операции. При этом используется понятие «светлого» промежутка между операцией и рецидивом заболевания. При описании рецидивов используются различные термины: стойко, неоднократно, повторно, многократно, упорно рецидивирующий зоб (16).

Можно продолжить изложение множества разноплановых попыток классификации вариантов рецидивного зоба, что доказывает отсутствие адекватной, устраивающей большинство хирургов, классификации данного заболевания по общепринятым основаниям. Даже в руководстве «Фундаментальная и клиническая тиреодология» (по ред. М.И.Балаболкина и соавт.,2007г) рецидивному токсическому зобу и причинам его возникновения отведен один абзац без каких-либо попыток классифицировать данную патологию ЩЖ (3).

Хирурги аккуратно обходят стороной проблему рецидивного зоба, хотя прекрасно понимают, что частота

возврата болезни ЩЖ после проведения наиболее агрессивного и опасного метода лечения — хирургического во многом определяется их опытом, квалификацией и успешностью в работе.

К сожалению, не хочется приводить результаты повторных хирургических вмешательств при рецидивном зобе, свидетельствующие о значительном увеличении процента параличей возвратного гортанного нерва и гипопаратиреоза. Достоверность данных при изучении результатов повторной операции при рецидивном зобе крайне низка, т.к. чаще всего пациент не возвращается в клинику, где была проведена первичная операция (а с деонтологией у ряда хирургов серьезные проблемы!).

Более обоснованно в ряде опубликованных работ представлена частота развития рецидива заболевания – до 39% (независимо от первичного заболевания). В 26% наблюдений отмечается озлокачествление РЗ (9,14,15).

Большое число исследований посвящено различным методам диагностики возникшего рецидива заболевания, сформирован ряд адекватных диагностических алгоритмов (8,9,14,15). Однако недостаточно четко представлены возможности и место радиоизотопного и ультразвукового метода диагностики как основных визуализирующих исследований. Нет четкого ответа на вопрос, какой метод более объективен – ультразвуковое исследование или скинтиграфия остатков ЩЖ. Нужно ли их дублировать и как правильно интерпретировать результаты этих исследований.

Не все однозначно и в тактике лечения РЗ. Большинство хирургов являются сторонниками повторной операции, что наиболее обоснованно с учетом высокого процента озлокачествления и отрицательной динамики роста остатков ЩЖ вне зависимости от объема и типа консервативной терапии. Практически всеми хирургами предлагается единый объем повторной операции – удаление всей оставшейся ткани ЩЖ. Это вероятнее всего наиболее оптимальный объем хирургического вмешательства. Однако, даже в специализированных отделениях эндокринной хирургии при проведении повторных операций частота одностороннего пареза ВГН может достигать 26%, двустороннего - 15%, гипопаратиреоза- 29,6%, кровотечения- 9%.

Каким же образом уменьшить число этих осложнений в частных медицинских амбулаториях, где не только завышаются показания к операциям при заболеваниях щитовидной железы, нуждающихся в консервативной терапии, а то и в обычном наблюдении, но и «лепится» основное число нерадикальных операций, сопровождающихся в своем большинстве рядом осложнений.

Смушает рост числа сторонников применения радиоактивного йода при рецидивном токсическом зобе (при лечении первичного токсического зоба частота рецидивов заболевания доходит практически до 50%!).

Крайне настораживает появление врачей-облитерантов, которые применяют малоинвазивные «этаноловые» вмешательства при рецидивном зобе. Не избавляя пациента от рецидива заболевания, эти манипуляции крайне затрудняют проведение повторной операции (1,11,13).

Из выше изложенного становится очевидным, что сложившаяся на сегодня ситуация в хирургии РЗ требует своего изменения. Это побудило нас обратиться к самостоятельному рассмотрению проблем РЗ с определенными целями.

— Проанализировать основные причины и структуру рецидива заболевания щитовидной железы после оперативного вмешательства.

— Предложить еще одну классификацию РЗ.

— Оценить место и роль скитиграфии и ультразвукового исследования в комплексной диагностике РЗ.

— Изложить собственные технические приемы при оперативном лечении РЗ, которые позволяют уменьшить наиболее тяжелые интраоперационные осложнения — парез ВГН и гипопаратиреоз.

Материалы и методы.

В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения в отделении эндокринной хирургии ЦКБ №1 ОАО «РЖД» (с 1995 по 2006 гг.) 385 больных с РЗ. Женщин - 338 (87,8%), мужчин - 47 (12,2%). Возраст больных колеблется от 17 лет до 81 года. Из общего числа 334 (86,3%) пациентов первично оперированы в различных лечебных учреждениях и лишь 51 (13,2%) - в нашей клинике. При этом 51 больной с рецидивным зобом - не совсем корректная цифра, т.к. большинство пациентов с рецидивом заболевания ЩЖ, как правило, не возвращаются на повторную операцию в то же лечебное учреждение. Поэтому установить объективный процент рецидива заболевания от общего числа проведенных операций невозможно.

Обследование пациентов включало обязательное определение гормонального и иммунного профиля, проведение ультразвукового и скитиграфического исследований. Всем больным проводился осмотр голосовых связок. Небольшой группе пациентов осуществляли аспирационную пункцию тонкой иглой, мультиспиральную компьютерную томографию.

Хирургическое вмешательство у 290(75,4%) больных выполнено в объеме тиреоидэктомии, у 95(24,7%) — сохранена капсула и не более 1,5 граммов тиреоидной ткани в зоне впадения возвратного гортанного нерва или расположения парашитовидной железы. Во время операции всем больным проводили срочное цитологическое исследование удаленной ткани ЩЖ. В связи со сложностью интерпретации интраоперационных цитологических данных 92(23,8%) больным проводили срочное интраоперационное гистологическое исследование.

При обследовании в дооперационном периоде у 7(1,8%) пациентов установлен односторонний парез ВГН; проявлений гипопаратиреоза не было. В послеоперационном периоде односторонний парез ВГН выявлен у 2(0,5%) больных, гипопаратиреоз у 34(8,9%), кровотечение в раннем послеоперационном периоде развилось у 6(1,5%) пациентов. При плановом гистологическом исследовании озлокачествление в ткани РЗ выявлено в 13,2% (51 больной).

Результаты и их обсуждение.

Обсуждение имеющихся на сегодня результатов следует на наш взгляд начать с уточнения понятия рецидивного зоба.

Рецидивный зоб — это продолжение развития заболевания щитовидной железы на стороне(сторонах) операции. Как правило причиной РЗ является нерадикально выполненная первичная операция. Генетические и иммунологические предпосылки рецидива заболевания (особенно при рецидивном токсическом зобе) безусловно имеют место, однако определение абсолютных показаний к операции и адекватный объем операции — основной метод предотвращения рецидива.

Проявления заболевания в том отделе ЩЖ, который или которые не подвергались первичной операции нельзя считать, по нашему мнению, рецидивным зобом.

Чтобы полное понять причины возникновения, особенности клинического течения и методы

диагностики РЗ, нам представляется целесообразным его классификация по принадлежности к токсическому или нетоксическому зобу. Исходя из этого, всех больных мы разделили на две группы: рецидивный токсический зоб (104 больных (27,0%)), рецидивный нетоксический зоб (281 больной (73,0%).

Правомерность такой классификации подтверждается рядом моментов.

Рецидивный токсический зоб развивается более быстро. В 42,3% случаев рецидив тиреотоксикоза возник в течение первого года после первой операции. Основной процент(59,4% больных) рецидива нетоксического зоба отмечен через 10 лет после первичной операции.

Обследование больных с рецидивным токсическим зобом более многоплановое, подготовка длительная.

При рецидивном токсическом зобе обязательным является выполнение операции в объеме тиреоидэктомии, меж тем при нетоксическом зобе и возникших во время повторной операции технических проблемах возможно сохранение небольшого участка ткани ЩЖ.

Большинство пациентов с рецидивным токсическим зобом первично оперированы в крупных специализированных центрах эндокринной хирургии и возникший рецидив — результат течения этой тяжелой болезни (включая генные нарушения).

Нетоксический РЗ в большинстве своем результат нерадикальной операции в неспециализированных медицинских учреждениях (малые неспециализированные медицинские клиники боятся оперировать больных с диффузно-токсическим зобом).

Таковы, по нашему мнению причины, которые требуют деления больных с РЗ на две группы.

Обследование больных с РЗ зобом отличается от диагностики первичного заболевания ЩЖ.

Информативность ультразвукового исследования снижается. Это обусловлено топографо-анатомическими изменениями в зоне операции, сложностью интерпретации эхоструктуры оставшейся ткани ЩЖ.

Ультразвуковое исследование должно проводится врачом наивысшей квалификации, который обследует большое число пациентов с изменениями в щитовидной железе, т.к. интерпретация ультразвуковых данных при рецидивном зобе достаточно сложна. Возрастает роль скитиграфии при рецидивном, особенно токсическом зобе. Если при скитиграфии рецидивного токсического зоба выявлена ткань ЩЖ, а при ультразвуковом исследовании эти данные не подтверждаются оперировать необходимо по результатам скитиграфии.

Прицельная аспирационная пункционная биопсия под контролем ультразвукового исследования не имеет столь принципиального значения, как при верификации первичного заболевания ЩЖ, т.к. все-таки большинство больных с РЗ нуждаются в операции, во время которой необходимо проведение обязательного срочного цитологического исследования.

Использование мультиспиральной компьютерной томографии показано при расположенной загрудинной ткани ЩЖ. С учетом возможностей компьютерной томографии рентгенологическое исследование пищевода с барием является малоинформативным.

Методика операции при рецидивном зобе.

Визуализация ВГН при РЗ зобе является наиболее сложной проблемой в хирургии ЩЖ. Частота повреждений ВГН при РЗ может возрастать в 5-7 раз и не зависит от вида заболевания, по поводу чего проводится повторная операция.

Основной принцип, которого необходимо придерживаться при хирургическом лечении РЗ следующий: если при прямой ларингоскопии у пациента нормально подвижны обе голосовые связки, значит оба ВГН при первичной операции не повреждены, и, следовательно, хирург обязан их выделить и сохранить.

Оценивая значительные изменения топографо-анатомического положения, в котором находится ВГН, следует указать два участка, где положение ВГН сохраняется неизменным:

I участок — выход ВГН на шею: треугольник, который образован стенкой трахеи, куполом плевры и общей сонной артерией.

II участок — место вхождения нерва в трахею под связкой Берри.

Именно здесь проводится поиск ВГН при РЗ.

У большинства больных с РЗ к ткани ЩЖ фиксированы мышцы. Фиксированные мышцы не подлежат отделению, т.к. это приводит к дополнительному подкравливанию и не имеет принципиального значения в увеличении мобильности ткани ЩЖ.

Долю ЩЖ следует стараться выделить как можно латеральнее, чтобы достигнуть фасциального пространства, в котором при первой операции хирург «не работал». Эта зона располагается преимущественно вдоль сосудистого пучка шеи; при ее выделении часто можно столкнуться с короткими венами, отходящими от оставшейся ткани ЩЖ и впадающими во внутреннюю яремную вену. Четко отследив ход мелких вен до внутренней яремной вены, пересечь их, отступив от принципа «вначале ВГН, затем сосуды», ибо в подобной ситуации другого выхода нет.

Для адекватного и менее травматичного выделения задней поверхности доли ЩЖ и зоны ВГН вводится в сформированную полость марлевый тампон и, активно используя пинцеты, расширяется тампоном полость, постепенно выделяя необходимую зону. Поэтапно хирург приближается к боковой и задней поверхности доли ЩЖ. Начинаем поиск ВГН в выделенной зоне (чаще это нижний полюс доли ЩЖ).

Преимущественно в этой зоне хирург во время первой операции удаляет ткань ЩЖ, предполагая, что ВГН находится глубоко и опасность его травмирования небольшая. Обычно можно столкнуться с выраженным спаечным процессом, который затрудняет поиск ВГН. Однако, в большинстве случаев удается визуализировать ВГН и начать его выделение кверху. На этом этапе особенности выделения ВГН зависят от заболевания, которое привело к рецидиву. Проще выделять ВГН при рецидиве диффузного токсического зоба, т.к. первичная операция обычно проводится по О.В. Николаеву, что предопределяет сохранение задней пластины доли, которая равномерно расположена по боковой поверхности трахеи; под ней несложно проследить ВГН. Визуализировав начальный участок ВГН, выделяем его кверху, аккуратно отсекая латерально расположенные спайки. Мобилизация доли за счет пересечения спаек позволяет выделить ВГН на всем протяжении до входа в трахею. Осторожно производится экстирпация доли, помня, что в зоне вхождения ВГН в трахею могут также возникнуть затруднения в связи со спаечным процессом. Проводя удаление доли обязательно следует выделить пространство выше ВГН и лишь после этого заканчивать экстирпацию.

Сложнее выделять ВГН после операций по поводу многоузловой зоба или диффузно-узловой формы АТ, когда первичный объем операции связан с числом и локализацией узлов. В этих случаях ВГН может быть расположен между узлами, источен или разделен на несколько ветвей, что значительно усложняет его поиск. Поэтому начинать следует с активного поиска во втором постоянном месте расположения ВГН — месте его вхождения в трахею под связкой Берри. Поэтапно выделять связку Берри и бугорок Цекергандия. Часто в поиске этого участка помогает верхняя паращитовидная железа, которая располагается здесь примерно в 60% наблюдений. Осуществлять выделение этой зоны необходимо особенно осторожно, т.к. сосуды изменены и расширены, поскольку обеспечивают функционирование сохраненной при первой операции оставшейся ткани ЩЖ. В большинстве наблюдений именно здесь удается визуализировать ВГН.

Дальнейшее выделение ВГН проводится книзу, а узлы вместе с тканью ЩЖ смещаются на трахею. Таким образом прослеживается ВГН ниже ветвей нижней ЩА и только после этого производится экстирпация доли.

Вторая проблема при оперативном лечении рецидивного зоба — сохранение паращитовидных желез. Если при первой операции проводилась резекция нижних полюсов ЩЖ, то в большинстве случаев визуализировать нижние паращитовидные железы не представляется возможным. Учитывая, что в 60% (как сказано выше) верхние паращитовидные железы располагаются в зоне связки Берри следует визуализировать хотя бы одну, тщательно сохранив ее кровоснабжение. Именно в этих ситуациях можно сохранить часть ткани ЩЖ под паращитовидной железой.

Выводы.

Рассмотрение нами проблем РЗ с позиций накопленного опыта позволяет сделать ряд определенных выводов.

— Рецидивный зоб — одна из наиболее актуальных проблем в эндокринной хирургии, требующая своего безотлагательного решения.

— Рост числа заболеваний ЩЖ требующих оперативного лечения, несомненно, будет сопровождаться увеличением количества рецидивов.

— Практикующим хирургам-эндокринологам необходимо прийти к общему пониманию РЗ, определиться в тактике его диагностики и хирургического лечения.

— Назрела насущная потребность в проведении широкой дискуссии в журнале «Эндокринная хирургия» по вопросам рецидивного зоба.

Литература

1. Абдулхаликов А.С. Прецизионная этанол-деструкция токсической аденомы щитовидной железы // Материалы IV Всероссийского тиреодологического конгресса//М.,2007.-С.4.
2. Акинчев А.Л., Романчишен А.Ф. Возможные причины послеоперационного рецидивного зоба// IV Всероссийский конгресс эндокринологов//С-Пб,2001.-С.-256-257.
3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремнистая В.М. Фундаментальная и клиническая тиреодология (руководство) М., Медицина, 2007, 814С.
4. Брейдо И.С. Тактика хирурга при рецидивном зобе// Вест.хир. им Грекова, 1983,130(6), С.140-143.
5. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы, С-Пб, 1998,331С.
6. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы: хирургические аспекты. 2-е издание.С-Пб,2001,397С.
7. Воскобойников В.В., Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э. Отдаленные результаты хирургического лечения больных многоузловым зобом // Материалы IX Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Современные аспекты хирургической эндокринологии// Челябинск,200.-С.90-94.
8. Гагаркин В.Н., Ужва В.П. Послеоперационный рецидивный тиреотоксический зоб, 1990. С.130-132.
9. Гоч Е.М. Рецидивы зоба // Проблемы эндокринологии — 1994-Т.40, №3.-С.-35-37.
10. Камардин Л.Н., Бубнов А.Н., Караченцев Ю.А., Сивцова М.А. Послеоперационный рецидивный токсический зоб. Методические рекомендации. М.,1990.11С.
11. Клименков А.П., Кузьмичев А.С. Опыт этаноловой деструкции тиреоидных узлов // IV Всероссийский конгресс эндокринологов // С-Пб,2001.-С.315.
12. Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э., Латкина Н.В. Отдаленные результаты субтотальной резекции щитовидной железы при болезни Грейвса // Материалы IV Всероссийского тиреодологического конгресса//М.,2007.-С.86.
13. Слепцов И.В. и соавт. Результаты малоинвазивных методик лечения пациентов с автономно-функционирующими узлами щитовидной железы // Материалы IV Всероссийского тиреодологического конгресса//М.,2007.-С.156.
14. Седов В.М., Седлецкий Ю.И. Профилактика рецидивного зоба. Пособие для врачей, С-Пб, 1999, 18С.
15. Селивостров О.В., Привалов В.А. Рецидивный зоб// Материалы IX Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Современные аспекты хирургической эндокринологии// Челябинск,200.-С.388-391.
16. Цариковская Н.Г., Ткач Ф.С., Караченцев Ю.И. Хирургическое лечение послеоперационных рецидивов тиреотоксикоза, Клини.хирургия, 1984.-Т.12, С.7-9.
17. Kaufner C.,Ruhmann O., Scheidt A. May recurrent goiter be resected bilaterally. Value and results of intraoperative laryngoscopy.Zentralbl-Chir.1995,P.37-42.
18. Menegaux F. et al. Repeated thyroid surgery. Indications and results. Presse.Med.1997,1850P.