

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА

А. С. Абдулхаликов

Дагестанская государственная медицинская академия

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) – болезнь Грейвса, Флаяни, Пери, Базедова болезнь – широко распространенное аутоиммунное заболевание, характеризующееся диффузным увеличением щитовидной железы, развитием синдрома тиреотоксикоза и, как правило, эндокринной офтальмопатией. Патогенез заболевания в большей степени обусловлен выработкой тиреостимулирующих аутоантител (ТСИ), действующих подобно тиреотропному гормону (ТТГ) и вызывающих гиперфункцию и пролиферацию тиреоцитов.

Хирургический метод является одним из эффективных в лечении ДТЗ, позволяющим достичь быстрого купирования тиреотоксикоза. Прогнозируемыми исходами оперативного лечения ДТЗ являются: эутиреоз (наиболее благоприятный исход), гипотиреоз и рецидив тиреотоксикоза [7,8]. Функциональное состояние тиреоидного остатка после операции мало зависит от его объема [4]. Определяющим фактором послеоперационного тиреоидного статуса в большей степени являются активность тиреостимулирующих антител и функциональная активность тиреоцитов [1,6], соотношение титров АТ-рТТГ и антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО) [8]. В большинстве случаев, по данным разных авторов, в 5–80 % [3,8] исходом хирургического лечения ДТЗ является послеоперационный гипотиреоз (ПОГ). Однако рецидив тиреотоксикоза, хотя и наблюдается в 0,6–21 % [1,8] случаев, является наиболее тяжелым поздним послеоперационным осложнением.

Желание избежать развития рецидива тиреотоксикоза оправдывает стремление хирургов минимизировать тиреоидный остаток при хирургическом лечении ДТЗ, вплоть до тиреоидэктомии, что, в свою очередь, приводит к росту частоты случаев ПОГ. Медицинские аспекты заместительной терапии ПОГ в настоящее время достаточно хорошо разработаны, вместе с тем, клиническая практика показывает, что эффективность заместительной терапии зависит от общей и медицинской культуры пациента, его комплаентности, уровня организации амбулаторно-поликлинической службы. Дефекты в организации и проведении заместительной терапии при гипотиреозе могут привести к гипертрофии миокарда, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий, тромбоэмболии, остеопенической дистрофии скелета, увеличению риска кардиоваскулярной смерти [5].

С этой точки зрения, роль минимального по объему тиреоидного остатка как своеобразного «буфера» достаточно значима. При суперсубтотальной резекции щитовидной железы с оставлением объема тиреоидного остатка 1–1,5 см³ не наблюдаются рецидивы заболевания, но и не отмечаются тяжелые формы гипотиреоза даже при нерегулярном приеме левотироксина [6]. Немаловажным при принятии решения об

объеме вмешательства является несогласие пациента на выполнение органосохраняющей операции.

При хирургическом лечении рецидивного тиреотоксикоза многократно возрастает риск кровотечения, повреждения парашитовидных желез и возвратных гортанных нервов. Для выбора органосохраняющей операции (перезекции щитовидной железы) при отказе больного с рецидивным тиреотоксикозом от тиреоидэктомии определенным интерес представляет сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов этих вмешательств, что и является целью настоящего исследования.

Материал и методы. За период 1998–2009 гг. в клинике эндокринной хирургии РКБ на 444 операции по поводу ДТЗ (15,8 % от всех случаев операций на щитовидной железе) вмешательства по поводу рецидивного тиреотоксикоза составили 72 (16,2 %) случая, в том числе у 12 больных, оперированных ранее в нашей клинике. Все больные с рецидивным тиреотоксикозом госпитализированы в клинику для проведения оперативного вмешательства.

Послеоперационный период у пациентов отслеживался обследованиями с периодичностью раз в 2–3 месяца в первый год и далее ежегодно 1–2 раза. Референсными значениями при верификации тиреотоксикоза и гипотиреоза приняты: уровень ТТГ – 0,4–4,0 мМЕ/мл, свободный Т4 – 58–161 нмоль/л, АТ-ТПО – 0–35 МЕ/мл, АТ-рТТГ – 1,0–1,5 Ед/л.

При оценке вероятных факторов риска рецидивирования тиреотоксикоза использованы данные медицинских документов для оценки объема в динамике ультразвуковых и лабораторных исследований тиреоидного остатка.

В комплекс предоперационного обследования включали: определение уровня ТТГ, свободного Т4, АТ-ТПО, АТ-рТТГ, УЗИ тиреоидного остатка, УЗИ парашитовидных желез, экспертную оценку фоноатором пареза или паралича возвратных гортанных нервов, определение паратгормона и кальция крови, по показаниям – эхокардиографию.

Численные данные представлены через среднее значение, стандартное отклонение ($M \pm \sigma$) или медиану и квартили (Me (25 %; 75 %)). Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета Statistica-6.0 (StatSoft Inc., 2001). Использованный статистический критерий указан по ходу изложения материала. Критическим признан уровень $p=0,05$.

Результаты и обсуждение. Структура оперированных пациентов с рецидивным тиреотоксикозом.

Из 72 пациентов с рецидивом тиреотоксикоза мужчин было 7 (9,7 %), женщин – 65 (90,3 %). Средний возраст пациента составил $42,6 \pm 12,6$ года (мин. – 19 лет, макс. – 76 лет). Возрастная характеристика больных с рецидивом тиреотоксикоза в целом соответствовала возрастной структуре больных ДТЗ, что может свидетельствовать об отсутствии возрастной предрасположенности к рецидиву заболевания. До 77,8 % случаев рецидивов наблюдались у пациентов моложе 55 лет, что подчеркивает социально-экономическую значимость проблемы.

Длительность периода с момента хирургического лечения до клинической манифестации рецидива тиреотоксикоза составила $2,6 \pm 3,5$ года [Me (25 %; 75 %) = 1 (0; 3) года, максимально – 15 лет]. У части пациентов (n=34), ежегодно контролировавших гормональный статус, этому периоду предшествовал период субклинического тиреотоксикоза длительностью Me (25 %; 75 %) = 6 (6; 12) месяцев. У 15 (20,8 %) пациентов уже в ближайшие месяцы после операции было констатировано сохранение тиреотоксикоза, что было обусловлено тактико-техническими ошибками хирургического лечения.

Из 72 пациентов при осмотре фоноатором парез одной из голосовых складок обнаружен у 4 (5,5 %) с изменением голоса той или иной степени.

При ультразвуковом исследовании удалось верифицировать все четыре паращитовидные железы у 63 (87,5 %) пациентов. У остальных 9 (12,5 %) больных не визуализировалась одна или две железы без клинико-лабораторных признаков гипопаратиреоза. В анамнезе у 4 (5,5 %) пациентов периодически отмечались судороги, в связи с чем в ближайшем послеоперационном периоде им были назначены препараты кальция.

Анализ патологии до операции, протоколов вмешательства и данных послеоперационного периода, а также информация при повторной операции позволили нам распределить пациентов в три группы (согласно классификации Е.А. Валдиной [2]), соответственно наиболее вероятным причинам рецидива тиреотоксикоза:

- а) тиреотоксикоз, не устраненный или обусловленный превышением должной массы тиреоидного остатка (n=33);
- б) тиреотоксикоз, обусловленный гиперстимуляцией тиреоидного остатка после субтотальной резекции щитовидной железы (n=31);
- в) тиреотоксикоз, обусловленный аденоматозной трансформацией остатка щитовидной железы (n=8).

Неравномерность распределения пациентов по срокам развития рецидива и этиопатогенетическим особенностям оказалась не случайной ($\chi^2 = 73,1$; df = 12; p = 0,00). Сроки констатации (выявления) и вероятная причина рецидива имели сильную ассоциативную связь (коэффициент корреляции Спирмена $r_{\text{Spearman}} = 0,68$; p = 0,00). Как правило, в этой группе пациентов клиническая картина тиреотоксикоза развивалась в ближайшие сроки после операции (табл. 1).

Таблица 1

Ассоциация причины развития и срока верификации рецидива тиреотоксикоза у больных ДТЗ ($r_{\text{Spearman}} = 0,68$; p = 0,00)

Причина рецидива	Сроки верификации рецидива тиреотоксикоза						
	0*	1 год	2 года	3 года	5 лет	10 лет	>10 лет
Большая масса тиреоидного остатка (n=33)	15	10	6	1	1	–	–
Гиперстимуляция тиреоидного остатка (n=31)	–	8	10	7	5	–	1
Аденоматозная трансформация тиреоидного остатка (n=8)	–	1	–	–	1	4	2
Всего	15	18	12	8	7	8	3

* – тиреотоксикоз не устранен.

Первая группа больных объединяла как случаи, связанные с тактико-техническими ошибками (n=15) опе-

ративного лечения ДТЗ (сохранение ткани одной или обеих долей железы), так и связанные с неправильной оценкой объема тиреоидного остатка (n=18). У последних больных наблюдался явный регресс титров тиреостимулирующих антител в послеоперационном периоде. Превышение объема тиреоидного остатка у них, вероятно, было обусловлено невозможностью в отдельных случаях оценки его размера, неверной субъективной оценкой остающейся массы ткани железы.

Для второй группы пациентов было характерно отсутствие явной регрессии титров тиреостимулирующих антител после операции либо (при относительно позднем выявлении рецидива) высокий уровень ТСИ. У больных в течение 6-18 месяцев до клинической картины рецидивного тиреотоксикоза наблюдался субклинический тиреотоксикоз. В течение всего послеоперационного периода им приходилось корректировать дозировку L-T4. Клиническое течение ДТЗ до операции у большинства из этих больных отличалось большей агрессивностью с выраженной картиной эндокринной офтальмопатии. Клинический эффект от тиреостатиков до операции был непродолжительным. Как правило, у больных этой группы дооперационный анамнез ДТЗ был короче 2-3 лет.

В третьей группе из 8 пациентов в тиреоидном остатке обнаруживались узловые образования. Пятеро из них ранее были оперированы в условиях общехирургической клиники до организации в Республике специализированного отделения эндокринной хирургии, что позволяет усомниться в правильности постановки диагноза ДТЗ.

В 30 случаях первично была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы по Николаеву, а в 42 – операция по методике Драчинской (p=0,046).

Результаты хирургического лечения рецидивного тиреотоксикоза. Объем повторного оперативного вмешательства зависел от особенностей течения ДТЗ до операции, характера предшествующего вмешательства и количества ткани щитовидной железы. Несмотря на целесообразность полного удаления тиреоидного остатка при рецидивном тиреотоксикозе, показания к такой операции согласовывали с пациентом.

При высоком до выполнения предыдущей операции уровне ТСИ и отсутствии тенденции к их снижению после оперативного лечения (вторая группа причин рецидива тиреотоксикоза), а также при наличии мерцательной аритмии в анамнезе проводили полное удаление ткани щитовидной железы вне зависимости от объема тиреоидного остатка. В этих случаях показания к тиреоидэктомии считали абсолютными, и больные убеждались нами в отсутствии альтернативы данному объему вмешательства.

В остальных случаях выполнялась либо тиреоидэктомия, либо суперсубтотальная резекция щитовидной железы с сохранением тиреоидного остатка в пределах 1,5–2 см². Показания к тиреоидэктомии в этих случаях считали относительными. Право выбора варианта операции (тиреоидэктомия либо суперсубтотальная резекция щитовидной железы) оставалось за больным.

При аденоматозной трансформации тиреоидного остатка, как правило, выполняли тиреоидэктомию. В отдельных случаях аденоматозной трансформации тиреоидного остатка и, редко, у больных без аденоматозных изменений, но с высоким анестезиологическим риском (преклонный возраст с тяжелой сопутствующей патологией и небольшим по размеру тиреоидным остатком) выполняли малоинвазивные паллиативные вмешательства: пункционную радио-

частотную абляцию (2 случая) и пункционную этанол-деструкцию ткани щитовидной железы (5 случаев). Результаты пункционной радиочастотной абляции оказались неустойчивыми (эффект кратковременный), в связи с чем мы отказались от этого метода.

Структура выполненных оперативных вмешательств у больных рецидивным тиреотоксикозом представлена в таблице 2.

Таблица 2

Характер выполненных вмешательств у больных с рецидивом тиреотоксикоза

Операция	Объем тиреоидного остатка	n
Суперсубтотальная резекция щитовидной железы	1,5-2 см ³	19
Тиреоидэктомия	0 см ³	46
Пункционная РЧА	3-7 см ³	2
Этанолдеструкция	2-8 см ³	5

За исключением малоинвазивных вмешательств был использован наркоз. Доступ – с иссечением старого послеоперационного зубца, при необходимости расширяя для обеспечения доступа к культю железы и сосудисто-нервным пучкам шеи.

Если ранее выполненная операция производилась по методике Е.С. Драчинской, ререзекция щитовидной железы сводилась к клиновидной резекции участка щитовидной железы, оставленного ранее у одного из верхних полюсов, что какими-либо осложнениями не сопровождалось.

После операции, выполненной по методике О.В. Николаева, повторное вмешательство отличалось технической сложностью, обусловленной наличием рубцовых изменений, повышенной кровоточивостью тканей и опасностью повреждения возвратных нервов, околощитовидных желез и сосудисто-нервного пучка шеи из-за нарушения нормальных топографо-анатомических взаимоотношений. Для снижения риска развития этих осложнений мобилизацию железы начинали с участков, свободных от рубцового процесса. При выраженном рубцовом процессе и сращении с сосудами шеи предварительно выделяли сосудисто-нервный пучок. Предварительное выделение гортанных нервов, выполняемое обычно для снижения риска их повреждения, на наш взгляд, оказалось малоэффективным.

Операции при рецидивном тиреотоксикозе в целом отличались технической сложностью и большей опасностью повреждения возвратного гортанного нерва, глоточного нерва и паращитовидных желез (табл. 3). Однако в значительной части случаев повреждения носили обратимый характер.

По числу наиболее типичных осложнений выполнение ререзекции щитовидной железы и тиреоидэктомии статистически достоверно не различались. В целом осложнения развились у 13 (18,1 %) пациентов.

Отдаленные (более 6 месяцев после операции) результаты удалось проследить у 58 пациентов (табл. 4). В подавляющем большинстве случаев развился гипотиреоз, в том числе у 6 пациентов – субклинический. Субклинический тиреотоксикоз отмечен у одного пациента (срок наблюдения после операции 6 месяцев, наблюдение продолжается). Эутиреоз не наблюдался ни в одном случае. Выраженность гипотиреоза была меньше после ререзекции, чем после тиреоидэктомии, и протекала более благоприятно. Медикаментозная коррекция гипотиреоза после суперсубтотальной резекции щитовидной железы оказалась более легкой.

Таблица 3

Характер осложнений после повторных операций у больных с рецидивом тиреотоксикоза

Осложнение	Тиреоидэктомия (удаление тиреоидного остатка) n=46	Суперсубтотальная резекция (ререзекция) n=19	χ^2 (p)
Кровотечения, потребовавшие переливания крови	1	–	0,64
Ранние послеоперационные осложнения (нарушения акта глотания, осиплость голоса, судороги)	6	2	0,9
Повреждение возвратного гортанного нерва (экспертное заключение перед выпиской)	1	2	0,4
Отсутствие (удаление) одной или нескольких паращитовидных желез (данные УЗИ перед выпиской)	–	1	0,65
Всего	8 (17,4 %)	5 (26,3 %)	0,63

Таблица 4

Характер отдаленных результатов повторных операций у больных с рецидивом тиреотоксикоза

Отдаленный результат	Тиреоидэктомия (удаление тиреоидного остатка) n=42	Суперсубтотальная резекция (ререзекция) n=16	χ^2 (p)
Послеоперационный манифестный гипотиреоз	42	9	0
Послеоперационный субклинический	–	6	0,002
Рецидив тиреотоксикоза манифестный	–	–	–
Рецидив тиреотоксикоза субклинический	–	1	0,6

Заключение. Отсутствие достоверных различий по числу осложнений ближайшего послеоперационного периода и более благоприятное течение послеоперационного гипотиреоза позволяет считать, что в показанных случаях может быть применена ререзекция щитовидной железы, вплоть до суперсубтотальной, при рецидивном тиреотоксикозе.

Литература

- Балаболкин, М.И. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба и возможности прогнозирования его результатов / М. И. Балаболкин, П. С. Ветшев, Н. А. Петунина, Л. В. Трухина // Проблемы эндокринологии. – 2000. – Т. 46, № 4. – С. 34–38.
- Валдина, Е. А. Заболевания щитовидной железы: хирургические аспекты / Е. А. Валдина. – СПб., 2001. – 397 с.
- Ванушко, В. Э. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба / В. Э. Ванушко, В. В. Фадеев, Н. В. Латкина [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2006. – Т. 52, № 3. – С. 50–56.
- Ветшев, П. С. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба / П. С. Ветшев, С. К. Мамаева // Хирургия. – 2006. – № 2. – С. 63–68.

5. Калинин, А. П. Современные аспекты тиреотоксикоза / А. П. Калинин, В. С. Лукьянчиков, Нгуен Кхань Вьет // Проблемы эндокринологии. – 2000. – Т. 46, № 4. – С. 23–26.
6. Курихара, Х. Оперативное лечение болезни Грейвса: суперсубтотальная резекция щитовидной железы / Х. Курихара // Вестник хирургии. – 2006. – Т. 165, № 3. – С. 28–30.
7. Фадеев, В.В. Йоддефицитные и аутоиммунные

заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита (эпидемиология, диагностика, лечение) : автореф. дис. ... докт. мед. наук / В. В. Фадеев. – М., 2004. – 32 с.

8. Цуркан, А. Ю. Спорные вопросы хирургического лечения болезни Грейвса / А. Ю. Цуркан, В. Э. Ванушко, Д.Г. Бельцевич // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 15–23.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА А. С. АБДУЛХАЛИКОВ

Проведена сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов суперсубтотальной резекции щитовидной железы и тиреоидэктомии при рецидивном тиреотоксикозе.

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения рецидивного тиреотоксикоза изучены у 72 пациентов. Показания к суперсубтотальной резекции щитовидной железы определялись при рецидиве тиреотоксикоза, обусловленном избыточной массой тиреоидного остатка при отсутствии данных о гиперстимуляции железы и мерцательной аритмии.

После тиреоидэктомии специфические осложнения (кровотечение, повреждение возвратного гортанного и глоточного нервов, парашитовидных желез) развились у 8 (17,4 %) из 46 пациентов, а после суперсубтотальной резекции – у 5 (26,3 %) из 19 больных ($p=0,63$). Отдаленные результаты изучены у 42 и 16 пациентов соответственно после тиреоидэктомии и суперсубтотальной резекции. После тиреоидэктомии манифестный гипотиреоз является прогнозируемым, тогда как после суперсубтотальной резекции возможен субклинический гипотиреоз – у 6 (37,5 %) пациентов.

Таким образом, при рецидивном тиреотоксикозе, обусловленном оставлением избыточной массы тиреоидного остатка, могут быть сформированы относительные показания к суперсубтотальной резекции щитовидной железы

Ключевые слова: тиреотоксикоз, рецидив, хирургическое лечение, диффузный токсический зоб

SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT THYROTOXICOSIS ABDULKHALIKOV A. S.

Comparative assessment of short-term and also long-term results of the thyroid gland supersubtotal resection and thyroidectomy was performed in 72 patients with recurrent thyrotoxicosis. The main indication for the supersubtotal resection was recurrent thyrotoxicosis resulted from extra mass of the thyroid remnant in patients without hyperstimulation of the thyroid gland and cardiac fibrillation.

Specific complications of thyroidectomy (bleeding, damage of the parathyroid glands, recurrent and laryngeal nerves) developed in 8 (17,4%) patients and after supersubtotal resection – in 5 (26,3%) patients ($p=0,63$).

Long-term results were studied in 42 and 16 patients after thyroidectomy and supersubtotal resection accordingly. Subclinical hypothyroidism developed in 6 (37,5%) patients after supersubtotal resection while clinical hypothyroidism appeared to be an obligatory complication of thyroidectomy.

The data obtained allow to work out relative indications for supersubtotal resection of the thyroid gland in patients with recurrent thyrotoxicosis resulted from extra mass of the thyroid remnant.

Key words: thyrotoxicosis, surgical treatment, Basedow's disease

© В. К. Татьянченко, В. Л. Богданов, 2011
УДК 617.59-002.3-089

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ АБСЦЕССЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

В. К. Татьянченко, В. Л. Богданов
Ростовский государственный медицинский университет

При анализе результатов двухэтапного хирургического лечения нагноившегося эпителиального копчикового хода (ЭКХ) на стадии

абсцесса установлено, что рецидив заболевания зарегистрирован в 6-8 % случаев, а у 20-25 % больных отмечаются удовлетворительные результаты [1, 3, 4, 5]. К их числу в первую очередь следует отнести хронический болевой синдром тазового дна и промежности (триггерные зоны). Общим недостатком всех предложенных способов хирургического лечения нагноившегося ЭКХ на стадии абсцесса является то, что при их выполнении не учитывается градиент тканевого давления (ТД), а также не осуществляется лечение острого тканевого гипертензионного синдрома

Татьянченко Владимир Константинович, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней № 4 ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (863) 2504188; e-mail: artyrovskyannikov@mail.ru.

Богданов Валерий Леонидович, врач-хирург Областной клинической больницы № 2 г. Ростова-на-Дону, тел.: 89604605427; e-mail: valeribogdanov@yandex.ru.