

Дхифауи С. ©

Аспирант кафедры хирургических болезней с курсом урологии,
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

ИЗУЧЕНИЯ ДИНАМИКА ТИРЕОИДНОГО ОСТАТКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ МНОГОУЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА

Аннотация

С целью изучения состояния тиреоидного остатка в отдаленные сроки после операции при многоузловом коллоидном зобе, было обследовано 100 пациентов в возрасте от 29-64 лет. Выявлено, что у больных многоузловым коллоидным нетоксическим зобом в течение 6 месяцев после различного объема операций в тиреоидном остатке по данным УЗИ выявляются три вида объемно-структурных изменений (стабильный – 11%, гипертрофический – 41%, гипотрофический – 48%).

Ключевые слова: щитовидной остаток, многоузловой коллоидный зоб
Keywords: thyroid remnant, multinodular colloid goiter

За последнее время отмечено значительное повышение интереса практикующих врачей к проблемам заболеваний щитовидной железы (ЩЖ). Вопросы диагностики, тактики лечения и показаний к операции при различных нозологических формах поражения ЩЖ далеки от окончательного решения и постоянно обсуждаются. Проблемы зоба остаются весьма актуальными для России в связи с имеющимся практически на всей территории дефицитом йода, а также радиационным загрязнением ряда регионов и другими экологически неблагоприятными факторами [1, 19; 3, 291; 7, 28]. Выбор лечебной тактики при узловых образованиях щитовидной железы (ЩЖ), несмотря на кажущуюся простоту, является одной из сложных задач, и даже при определенных нозологических формах она неоднозначна [2, 4; 9, 400].

При любом узловом образовании щитовидной железы может протекать злокачественный процесс, что, в свою очередь, предполагает проведение операции. Однако она не должна быть общепринятой и применяться у всех пациентов с узловыми образованиями.

В связи с этим представляют существенный интерес недостаточно изученные до настоящего времени морфо-функциональные изменения в так называемом «тиреоидном остатке». Определение структурно-функциональной динамики тиреоидного остатка после резекции щитовидной железы позволит контролировать риск и оценивать клиническое значение рецидивов, а также анализировать адекватность выбора объема первичной операции.

Материал и методы

Было обследовано 100 пациентов женского пола в возрасте от 29-64 лет с многоузловым коллоидным зобом после операции с подробным анализом информации об особенностях перенесенной операции, результатах инструментального и морфологического исследований. 1 группу составили 37 пациентов, оперированных по поводу многоузлового коллоидного зоба. Оперативные вмешательства в этой группе больных выполнялись в объеме гемитиреоидэктомии. 2 группу составили 68 пациентов, оперированных по поводу многоузлового коллоидного зоба и у которых было выполнена резекция щитовидной железы в субтотальном объеме (75% ткани). Проводили общеклинические и биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование щитовидной железы и гистологическое исследование.

УЗИ щитовидной железы проводилось всем больным в динамике до вмешательства и после операции по общепринятой методике с применением ультразвуковых аппаратов Siemens.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программы «STASTICA7.0» и «MICROSOFT EXEL 2003».

Результаты исследования

У больных первой группы (n=32), перенесших гемитиреоидэктомию, в сроки 3 мес. объем сохраненной интактной доли по УЗИ данным составил $8,5 \pm 0,5$ см³. В сроки от 3 до 6 месяцев у 15 из них выяв-

лено увеличение объема на $1,2 \pm 0,4 \text{ см}^3$. Еще в 6 случаях размеры тиреоидного остатка оставались стабильными, в 11 случаях выявлена гипотрофия тиреоидного остатка. Во второй группе после субтотальной резекции 75% железы ($n=68$) объем тиреоидного остатка составил $5,4 \pm 0,6 \text{ см}^3$. При УЗИ в течение 6 месяцев у 5 больных он оставался стабильным. В 37 случаях объем ткани остатка железы уменьшился до размеров $3,12-3,96 \text{ см}^3$. (таблица 1).

Таким образом, после различных по объему резекций щитовидной железы при УЗИ на протяжении 6 месяцев выявлены три варианта «поведения» тиреоидного остатка, которые мы условно назвали гипертрофическим, гипотрофическим и стабильным (таблица 2).

Таблица 1

Характеристика объема тиреоидного остатка через 3 месяцев и 6 месяцев после операции

	Объем тиреоидного остатка через 3 месяцев (см^3)	Объем тиреоидного остатка через 6 месяцев (см^3)
Объем после гемитиреоидэктомии 1 группа ($n=32$)	$8,2 \pm 0,5$	$9,7 \pm 0,5$
Объем после субтотальной резекции щитовидной железы 2 группа ($n=68$)	$5,4 \pm 0,6$	$7,2 \pm 0,6$

При анализе состояния тиреоидного остатка через 3 месяцев и 6 месяцев после оперативного вмешательства установлена статистически достоверная разница ($p < 0,05$) увеличения его объема больше в группах больных, перенесших субтотальную резекцию ЩЖ.

Таблица 2

Варианты изменения объема тиреоидного остатка в сроки 6 месяцев

Группа больных	Динамика тиреоидного остатка			Всего
	Гипертрофия	Гипотрофия	Стабильное состояние	
Гемитиреоидэктомия	15	11	6	32
Резекция в субтотальном объеме	26	37	5	68
Всего	41	48	11	32

Стабильный вариант был нами выявлен в 11% случаев, гипертрофический - в 41% и гипотрофи-

ческий – в 48%.

Таким образом, наибольший прирост объема тироидного остатка отмечается на фоне нерегулярной терапии тиреоидинами гормонами (на фоне некомпенсированного послеоперационного гипотиреоза). Как известно, повышенный уровень ТТГ является мощным стимулятором пролиферативных процессов в ЩЖ.

Одним из главных показателей эффективности оперативного лечения является частота рецидивов заболеваний и послеоперационного гипотиреоза. В нашем исследовании рецидив узлового зоба после операции выявлен в 22 случаях (16,9%) на 5 годах наблюдения, и развивался после различных объемов резекции ЩЖ при первичном вмешательстве. Во всех случаях рецидив узлового зоба развивался на фоне послеоперационного гипотиреоза, что подтверждает правильность выбора органосохраняющих объемов первичных операций, сохраняющих организму необходимую в функциональном отношении тироидную ткань.

Подводя итог вышеизложенному, следует, что ультразвукография является основным неинвазивным методом послеоперационного контроля за состоянием тироидного остатка. Основными проявлениями операционной травмы являются отек всех структур в зоне оперативного вмешательства, наличие гематомы, затрудняющие визуализацию тироидного остатка. Уменьшение отека начинается через 3 месяца, причем более активно, с улучшением дифференцировки анатомических образований в зоне оперативного вмешательства, на фоне проводимых реабилитационных мероприятий, полная ликвидация его наступает через месяц. Объективную оценку тироидного остатка целесообразно проводить через 3 месяца после операции.

Выводы

1. У больных многоузловым коллоидным нетоксическим зобом в течение 6 месяцев после различного объема операций в тироидном остатке по данным УЗИ выявляются три вида объемно-структурных изменений (стабильный - 11%, гипертрофический - 41%, гипотрофический – 48%).

2. При выполнении органосохраняющих операций по поводу многоузлового зоба, в послеоперационном периоде необходимо назначать препараты йода, при операциях большого объема, не дожидаясь гипотиреоза, необходимо назначать тироидные препараты.

3. Соблюдение принципа органосохраняющих операций позволит избежать грубых нарушений со стороны функции щитовидной железы, а значит изменений в организме в целом.

4. В послеоперационном периоде пациенты должны наблюдаться у эндокринолога или эндокринного хирурга, проходить динамический контроль УЗИ и гормонального статуса, при необходимости получать заместительную гормональную терапию.

Литература

1. Аристархов В.Г. К вопросу о механизмах тироидной пролиферации / В.Г. Аристархов // Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы Рос. симпозиума по хирургической эндокринологии (Рязань, 14-16 сентября 2005 г.). – Саранск, 1997.- С.19.
2. Возможности предоперационной морфологической верификации при узловых эутиреоидных образованиях щитовидной железы / П.С. Ветшев [и др.] // Хирургия.- 1998. - № 2. - С. 4-8.
3. Дедов И.И. Болезни органов эндокринной системы / И.И. Дедов.- М.: Медицина, 2000. - С. 290-295.
4. Дедов И.И. Болезни органов эндокринной системы / И.И. Дедов, М.И. Балаболкин, Е.И. Марова.- М.: Медицина, 2007.
5. Пинский С. Диагностика заболеваний щитовидной железы / С. Пинский, В. Белобородов, А.П. Калинин; под ред. А.П. Калинина. - М., 2007.
6. Пособие для врачей / под ред. Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеева, И.И. Дедова. - М.: Мед Эксперт Пресс, 2003.
7. Фадеев В.В. Узловые образования щитовидной железы: международные алгоритмы и отечественная клиническая практика / В.В. Фадеев // Журнал Тиронет.- 2002.- № 3.- С.28
8. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Thyroid Cancer. Version 1.2011- New York, 2011.
9. The change in surgical practice from subtotal to near_total or total thyroidectomy in the treatment of patients with benign multinodular goiter / S. Tezelman [et al.] // Wld J. Surg.- 2009. - Vol. 33- P. 400–405.
10. Vaiman M. Subtotal and near total versus total thyroidectomy for the management of thyroid glands / M. Vaiman, A. Nagibin, P. Hagag // Wld J. Surg.- 2008.- Vol.32.- P.1546–1551.

