

© Аристархов В.Г., Фурсов А.А., Пузин Д.А., 2004
УДК 616.441-008.64-02:616.441-003.822-089-06

О ПРИЧИНАХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМ КОЛЛОИДНЫМ ЗОБОМ

В.Г. Аристархов, А.А. Фурсов, Д.А. Пузин

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Узловой зоб составляет до 70% заболеваний щитовидной железы. В Рязанской области за 16 лет прооперировано 7815 человек с узловыми образованиями щитовидной железы, из них 6107 человек (80%) авторами статьи. Резкий рост уровня узловой патологии щитовидной железы наблюдается с 1992 года, т.е. через 6 лет после аварии в Чернобыле. Наиболее часто оперируются больные узловым коллоидным зобом. В работе отмечено, что развитие послеоперационного гипотиреоза зависит не только от количества оставляемой ткани, но и от наличия лимфоидной инфильтрации в ткани железы. Для профилактики послеоперационного гипотиреоза у больных узловым коллоидным зобом авторы предлагают ряд приемов, которые помогут уменьшить его %.

По данным С. Wang, L.M. Старо (1997) – до 50% людей, населяющих нашу планету, имеют узловые образования в ЩЖ, большинство из которых до 1 см в диаметре. Главной причиной активной хирургической тактики по отношению к больным этой группы является онкологическая настороженность.

По данным многих авторов узловой зоб составляет до 70% заболеваний ЩЖ. Такая достаточно частая патология, осо-

бенно в эндемичной зоне, в присутствии радиоактивного загрязнения большинства районов Рязанской области не может не волновать хирургов вообще и хирургов-эндокринологов, в частности.

С 1985 по 2000 годы включительно в Рязанской области прооперировано 7815 человек с узловыми образованиями щитовидной железы. Из них, 6107, то есть 80%, в нашей клинике (табл. 1).

Таблица 1

Опухолевые заболевания щитовидной железы в Рязанской области

	1985	1986	1988	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Аден	44	70	64	57	116	201	232	207	212	218	233	359	355	317	321
Рак	28	29	49	33	62	82	57	49	56	60	79	59	41	52	38
УКЗ	142	166	167	135	281	347	455	436	431	468	406	384	322	300	219

Как видно из табл. 1, резкий рост уровня узловой патологии ЩЖ наблюдается с 1992, т.е. через 6 лет после аварии на ЧАЭС. Из той же таблицы видно, что наиболее часто оперируются больные узловым коллоидным зобом. По данным лите-

ратуры, УКЗ составляет до 79% от всех узловых образований ЩЖ. По нашим данным, операции по поводу УКЗ составляют до 51% от общего количества операций на ЩЖ и до 54% от всех оперативных вмешательств по поводу узловых форм

зоба. За последние 16 лет имеет место увеличение количества сочетанной патологии щитовидной железы. Из табл. 2 видно, что

манифестация сочетанной патологии также начинается через шесть лет после аварии в Чернобыле.

Таблица 2

Сочетанная патология щитовидной железы

	1985	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Рак+КУ	1	1	2	2	8	6	6	12	9	14	8	7	5
Рак+АИТ	0	0	4	1	4	9	8	4	11	12	3	4	1
Рак+Аден	0	1	1	0	4	11	6	7	8	8	3	4	5
Аден.+КУ	2	3	7	4	15	23	16	21	26	31	54	76	101
Аден.+ АИТ	2	3	6	3	29	58	76	82	92	92	26	27	18
Всего	5	8	20	10	60	107	112	126	146	157	121	137	148

Где К.У.- коллоидные узлы, А.И.Т. - аутоиммунный тиреоидит, аден. - аденома.

Представленная в табл. 2 динамика сочетанной патологии щитовидной железы волнообразна, но с тенденцией к росту. Обращает на себя внимание неуклонный рост узловой патологии ЩЖ в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом, а аутоиммунный тиреоидит является одной из наиболее вероятных причин гипотиреоза.

Самым частым осложнением в послеоперационном периоде является гипотиреоз. Мы провели анализ причин возникновения и развития ПОГ у больных многоузловым коллоидным зобом.

Известно, что одной из основных

причин ПОГ у таких больных является недостаточное количество оставленной после операции неизменной и полноценно функционирующей ткани ЩЖ. Объем оперативного лечения зависит от распространенности патологического процесса в ткани ЩЖ. То есть заболевание представлено солитарным узлом, или множественным поражением, узлы находятся в одной или обеих долях.

В отделении эндокринной хирургии с 1992 по 2001 годы включительно при узловом коллоидном зобе произведены следующие операции (табл. 3).

Таблица 3

Виды и количество операций при УКЗ

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Всего
Тиреоидэктом.	7	7	9	14	14	11	4	5	4	5	80
Субтотал. резекция ЩЖ	66	71	109	132	127	144	159	149	104	134	1058
Гемитиреоидэктомия или субтотал. рез. одной доли	103	127	106	135	122	140	147	81	119	114	1194
Экономная резекция ЩЖ	61	58	86	113	109	55	56	95	152	98	883

Из приведенной выше табл. 3 видно, что процент операций довольно большого

объема (тиреоидэктомия, субтотальная резекция щитовидной железы) составляет

35,4% от общего количества операций у больных УКЗ. В послеоперационном периоде у больных этой группы высока вероятность развития ПОГ, обусловленного недостаточным количеством оставляемой неизменной ткани ЩЖ. Для профилактики возникновения и развития послеоперационного гипотиреоза имеет важное значение не только учет количественных характеристик оставляемой ткани, но и качественная оценка функциональной активности. Мы придерживаемся принципа «щадящих», органосохраняющих операций при данной патологии и максимального сохранения неизменной ткани железы.

При оценке тиреоидного статуса у пациентов, прооперированных в отделении эндокринной хирургии в 1992 году, т.е. в год открытия нашего отделения, оказалось, что у больных, которым произведена резекция одной доли гипотиреоз составляет 23%. У больных, которым выполнена резекция обеих долей ЩЖ, - достигает 70%.

Точно такое же исследование мы провели у больных, которым оперативное вмешательство проведено в 1995 году. Оказалось, что гипотиреоз развился в 10% случаев у пациентов, которым выполнена односторонняя резекция ЩЖ, и в 55% случаев у больных, перенесших резекцию обеих долей ЩЖ.

При ретроспективном гистологическом исследовании препаратов удаленных щитовидных желез оказалось, что во всех случаях, когда гипотиреоз развился у больных, которым произведена экономная резекция ЩЖ, в окружающей ткани имели место признаки лимфоидной инфильтрации различной степени выраженности. Но, вследствие того, что во время интраоперационного гистологического исследования внимание окружающей узел ткани стало уделяться только с 1994 года, мы не смогли своевременно принять меры для пре-

дотвращения развития ПОГ у больных, оперированных в 1992 году.

Сочетания УКЗ и аутоиммунного тиреоидита, по нашим данным, встречается в среднем в 10,4% случаев. Также замечено, что у ряда пациентов с достаточно большим объемом оставленной после операции ткани ЩЖ, в которой на момент выполнения оперативного вмешательства признаков аутоагрессии не было, через некоторое время также развивается ПОГ. При обследовании этих больных выявляются признаки аутоиммунного тиреоидита. Данный вариант встречается в 7,3% случаев. Все это подтверждает уже известный факт того, что само оперативное вмешательство на ЩЖ является провоцирующим фактором развития аутоагрессии в оставшейся ткани железы.

Учитывая все вышеизложенное, в нашей клинике разработан и применяется на практике комплекс мероприятий по профилактике возникновения и лечения ПОГ у больных с УКЗ. По нашему мнению, меры профилактики возникновения и развития ПОГ у больных с УКЗ должны осуществляться на всех этапах общения хирурга с больным. На дооперационном этапе – это правильное определение показаний к оперативному вмешательству; во время операции – технические приемы выполнения операции; в послеоперационном периоде – диспансеризация больных и проведение консервативных мероприятий.

Показаниями к оперативному лечению больных УКЗ, по алгоритму, выработанному в нашем отделении, являются следующие: во-первых, узлы больших размеров, вызывающие явление компрессии соседних органов и сосудисто-нервных пучков шеи; во-вторых, наличие множества узлов от 1 см в диаметре, так как среди них может оказаться рак. Обязательным условием является проведение всем этим больным перед операцией пункционной биопсии узлов с последую-

щей цитологической диагностикой полученного материала.

При выявлении у больного одного или нескольких узлов диаметром до 1 см, с наличием характерных для них признаков при УЗИ, а также при подтверждении диагноза пункционно-цитологическим методом исследования, эти больные в операции не нуждаются. За ними осуществляется активное динамическое наблюдение (повторные осмотры с контролем УЗИ через 3-6 месяцев) с назначением небольших доз тиреоидных препаратов. В процессе динамического наблюдения, в случае увеличения в размерах одного или нескольких узлов, изменения характера экзогенности по данным УЗИ, то есть появления признаков прогрессирования патологического процесса и возрастания риска в отношении онконастороженности – этим больным производится операция.

В ходе выполнения оперативного вмешательства у больных этой группы, с целью профилактики развития ПОГ, мы придерживаемся принципов органосберегательного подхода. Выполняя операции, мы применяем следующие технические приемы:

1. При поверхностном расположении узлов проводится резекция щитовидной железы в пределах здоровых тканей с сохранением максимального количества неизмененной ткани.

2. При расположении узлов в толще

ткани железы неизменная ткань снимается в виде «плаща», с последующим ее сохранением.

3. В случае выявления при интраоперационном гистологическом исследовании признаков аутоиммунного поражения окружающей узел (узлы) ткани железы, больным в раннем послеоперационном периоде (на 2-3 день) назначается курс лазеротерапии на область оставленной ткани ЩЖ, с целью подавления лимфоидной аутоагрессии и стимуляции функции и регенерации оставшихся клеток тиреоидного эпителия. Если объем оперативного вмешательства достаточно велик, то сразу же после операции, не дожидаясь признаков гипотиреоза, больному назначаются тиреоидные препараты. Окончательная коррекция дозы производится в процессе диспансерного наблюдения за пациентом, которое осуществляется оперирующим хирургом в течение года, и по необходимости далее.

В послеоперационном периоде исследуются и контролируются размеры и структура остатков тиреоидной ткани с помощью УЗИ, состояние иммунитета: Т- и В-лимфоциты, титр антимикросомальных аутоантител; гормональный статус: ТТГ, Т₄.

По данным нашей клиники ПОГ у больных УКЗ на 2000 год составляет 18,4%.

ABOUT THE CAUSES OF THE POST-OPERATION HYPOTIREOSIS IN THE PATIENTS WITH THE NODAL COLLOID GOITRE

V.G. Aristarkhov, A.A. Fursov, D.A. Pusin

Nodal goitre accounts up to 70% of thyroid gland diseases. During last 16 years 7815 patients with nodal thyroid glands were operated in Ryazan region, 6107 of them (80%) were operated by the authors of this article. The sharp rise of thyroid glands nodal pathology level is observed since 1992 that is 6 years later after the accident in Chernobyl. Most frequently patients with nodal colloid goitre are operated. In the work it is painted out that post-operation hypotireosis development depends not only on the quantity of the retained tissue, but on the availability of lymphoid infiltration in the gland tissue. For the preventive measures of the post-operation hypotireosis in the patients with nodal colloid goitre the authors suggest some measures, which will help to seduce its %.