УДК 616.441-006.03-089

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Меньков, ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Меньков Андрей Викторович *– e-mail: avmenkov@gmail.com*

В исследование включены 486 пациентов (451 женщина и 35 мужчин) в возрасте от 16 до 79 лет с доброкачественными заболеваниями ЩЖ. Были использованы новые методы хирургических вмешательств: интраоперационная диатермоаблация узлов; аутотрансплантация ткани ЩЖ; профилактика развития аутоиммунного процесса в сохраняемой тиреоидной ткани. Тиреоидэктомия была осуществлена 112 пациентам; субтотальная резекция ЩЖ с сохранением менее 2 см^3 тиреоидного остатка – 85 (8 из них выполнена аутотрансплантация ткани ЩЖ); субтотальная резекции ЩЖ с сохранением более 2 см^3 тиреоидной ткани – 289 больным. Осложнения после операции возникли у 15 пациентов (3%). Послеоперационный гипотиреоз развился у 192 (97,5%) пациентов после радикальных операций на щитовидной железе и у 75 (25,9%) больных с сохранением более 2 см^3 тиреоидной ткани. Средний уровень показателей качества жизни пациентов после операций с сохранением функционирующей тиреоидной ткани оказался выше аналогичные показатели у пациентов после тиреоидэктомии ($p<0,05$).

Ключевые слова: щитовидная железа, резекция щитовидной железы, тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия, качество жизни.

The study included 486 patients (451 women and 35 men) aged from 16 to 79 years with benign thyroid diseases. We used new methods of surgery: intraoperative diatermoablation nodes; autotransplantation of thyroid tissue, prevention of development of the autoimmune process in thyroid tissue preserved. Thyroidectomy was performed of 112 patients, subtotal resection of the thyroid gland with preservation of less than 2 cm^3 of the thyroid remnant - 85 (8 of them performed autotransplantation of thyroid tissue), subtotal resection of the thyroid gland with preservation of more than 2 cm^3 of the thyroid tissue - 289 patients. Complications after operation occurred in 15 patients (3%). Postoperative hypothyroidism developed in 192 (97.5%) patients after radical operation and 75 patients (25,9%) patients with preservation of more than 2 cm^3 of the thyroid tissue. The average level of quality of life of patients after operation with preservation of functioning thyroid tissue was higher than in patients after thyroidectomy.

Key words: thyroid gland, resection of the thyroid gland, thyroidectomy, hemythyroidectomy, quality of life.

В отечественной тиреоидологии основным методом лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) является хирургическое вмешательство [1, 2, 3, 4, 5]. Наметившаяся тенденция к выполнению расширенных операций приводит к увеличению числа пациентов с послеоперационным гипотиреозом, частота развития которого варьирует от 25 до 78,5% [1, 2, 6, 7]. Выполнение органосохраняющих операций чревато возникновением рецидива заболевания, что влечёт за собой необходимость осуществления повторных оперативных вмешательств с высоким риском развития послеоперационных осложнений [3, 4, 8, 9]. Существуют разногласия и относительно выбора метода оперативного вмешательства. Ряд авторов придерживаются субфасциального способа мобилизации ЩЖ, обосновывая своё мнение минимальным риском развития послеоперационных осложнений [1, 2, 10]. Другие авторы считают необходимым выполнять экстрафасциальные вмешательства на ЩЖ, мотивируя такой подход онкологической настороженностью [3, 4, 9, 11]. Неоднозначность мнений, затрагивающих перечисленные выше вопросы, и послужила основанием для проведения настоящей работы.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы, основанного на совокупном анализе прогностических

критериев исхода операции, интраоперационной цитоморфометрии тиреоидной ткани, а также применении новых методов хирургических вмешательств.

Материалы и методы

Основой работы послужило проспективное контролируемое исследование, в которое были включены 486 пациентов, находившихся на лечении в хирургической клинике им. А.И. Кожевникова Нижегородской областной больницы за период с 2004 по 2009 г. Мужчин было 35 (7,3%), женщин – 451 (92,7%). Возраст больных – 16–79 лет, в среднем – 48,3±12,9 лет. Пациенты в зависимости от характера патологического процесса в ЩЖ были распределены на следующие исследуемые группы:

1. Пациенты с узловым нетоксическим зобом (n=254).
2. Пациенты с узловым токсическим зобом (n=154).
3. Пациенты с диффузным токсическим зобом (n=78).

Определение уровня гормонов ЩЖ проводилось методом электрохемилюминесценции на автоматическом анализаторе «Elecsys 1010» с использованием реактивов «Roche», Швейцария. Ультразвуковое исследование ЩЖ выполнялось на ультразвуковом сканере «Aloka SSD 3000» с помощью линейного датчика с частотой 7,5 МГц. Рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода водным раствором сульфата бария проводилась при подозрении на шейно-загрудинную локализацию зоба. По показаниям осуществляли компьютерную томографию средостения и сцинтиграфию ЩЖ с пертехнетатом Tc^{99m}. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) ЩЖ выполнялась под ультразвуковым контролем. Для интраоперационного анализа тиреоидной ткани проводили цитоморфометрию с оценкой состояния фолликулярного эпителия, степени его пролиферации, а также выраженности лимфоцитарной инфильтрации. При изучении результатов хирургического лечения мы использовали практику периодических осмотров пациентов. Для оценки структуры и динамики изменений объёма сохранённой ткани ЩЖ проводили ультрасонографию передней поверхности шеи через 6 месяцев и через год после операции. На основании исследования тиреоидного статуса определяли эффективность заместительной терапии. Для осуществления динамического контроля субъективного восприятия пациентами качества их жизни использовали специальную анкету, которая была составлена с учётом различного уровня комплаентности пациентов.

Технические аспекты выполненных оперативных вмешательств

При локализации узловых образований в одной из долей ЩЖ производилась гемитиреоидэктомия (ГТЭ) с экстрафасциальной перевязкой нижних щитовидных артерий и субфасциальной перевязкой верхних щитовидных артерий для профилактики повреждения верхнего гортанного нерва.

Тиреоидэктомия (ТЭ) выполнялась при наличии аденом в обеих долях ЩЖ, при конгломератном зобе, выраженной лимфоидной инфильтрации ткани ШЖ, а также по показаниям у пациентов с диффузным или смешанным токсическим зобом. Оперативное вмешательство осуществлялось интрафасциально, т. е. удаление ткани ЩЖ производилось между наружным и внутренним листком 4 фасции шеи с визуализацией возвратных нервов и паращитовидных желёз.

Экстрафасциальная методика ТЭ производилась в тех случаях, когда в ходе ревизии ЩЖ были выявлены признаки злокачественного процесса в одном из узлов или вынужденно при рецидиве узлового зоба.

Субтотальная резекция ЩЖ с сохранением менее 2 $см^3$ тиреоидной ткани осуществлялась по тем же показаниям, что и экстракапсулярная тиреоидэктомия. Сохранялся небольшой объём ткани ЩЖ в области трахео-пищеводной борозды. К этому способу оперативного вмешательства приходилось прибегать в тех случаях, когда латеральные отделы долей ЩЖ располагались ретротрахеально или имелись выраженные сращения в области связки Берри, что затрудняло визуализацию возвратных нервов.

Субтотальная резекция ЩЖ с сохранением более 2 $см^3$ тиреоидной ткани осуществлялась при отсутствии клинических и морфологических данных, указывающих на наличие злокачественного процесса или признаков аутоиммунного воспаления в ткани ЩЖ. При выполнении этого вида операции одна из долей ЩЖ удалялась полностью экстракапсулярно с визуальным контролем возвратного нерва и паращитовидных желёз, а контралатеральная доля резецировалась с сохранением тиреоидной ткани у верхней щитовидной артерии. Преимуществами этого способа субтотальной резекции являются хорошее кровоснабжение и иннервация тиреоидного остатка, а также возможность более точно определить объём сохраняемой ткани ЩЖ.

В тех случаях, когда у пациентов имело место сочетание крупных узлов, вызывающих компрессию органов шеи или обладающих функциональной автономией и небольших узловых образований без явных клинических проявлений, мы использовали способ интраоперационной высокочастотной диатермоаблации этих узлов в сохраняемой тиреоидной ткани (заявка на изобретение РОСПАТЕНТа № 2007115297). После резекции ЩЖ с имеющимися в ней крупными узлами проводилась ревизия сохраняемой тиреоидной ткани и её цитоморфометрия. В ряде случаев для обнаружения узлов требовалось выполнение нескольких продольных разрезов ткани ЩЖ. При выявлении мелких узлов осуществляли их диатермоаблацию с использованием высокочастотного электрохирургического коагулятора ERBOTOM ICC 300-H (Германия) в режиме биполярной коагуляции с автоматически регулируемым пиковым напряжением не более 190 В и частотой 330 кГц. Манипуляция выполнялась при помощи биполярного зажима или электрода-иглы.

У пациентов с многоузловым, двусторонним зобом мы применяли способ аутотрансплантации ткани ЩЖ в претиреоидные мышцы (патент на изобретение по заявке № 2319458 от 20.03.2008): после ревизии ЩЖ и определения распространённости патологического процесса выполнялась субтотальная резекция ЩЖ или ТЭ. Из визуально неизменённой ткани удалённой части ЩЖ формировались два фрагмента ткани, объёмом не менее 2 $см^3$ каждый. Таким образом, общий объём трансплантируемой ткани ЩЖ составлял не менее 4 $см^3$. Выполнялось срочное цитологическое исследование ткани, планируемой для трансплантации, для исключения патологических изменений и оценки её пролиферативной способности. После получения результатов цитоморфометрии осуществлялось измельчение этих фрагментов путём нанесения продольных и поперечных

разрезов. Затем трансплантируемая ткань помещалась в пространство между грудино-щитовидной и грудино-подъязычной мышцами симметрично с обеих сторон и фиксировалась в этом пространстве узловыми швам.

У пациентов с локализацией узлов в одной из долей ЩЖ был использован способ профилактики развития аутоиммунных изменений в сохраняемой тиреоидной ткани, разработанный нами (решение на выдачу патента по заявке № 2009138377 от 16.10.09): после резекции ЩЖ с сохранением неизменённой тиреоидной ткани между наружным и внутренним листками IV фасции шеи, которая прикрывает сохраняемую ткань ЩЖ, вводили суспензию гидрокортизона ацетата из расчёта 1 мл (25 мг гидрокортизона ацетата и 5 мг лидокаина гидрохлорида) суспензии на 3 см^3 ткани ЩЖ.

Материалы исследования подвергнуты статистической обработке с помощью пакетов статистических программ Excel 2003, STATISTICA 6.0 (Stat-Soft, 2001). Данные в тексте и в таблицах представлены в $M\pm\sigma$, где M – среднее значение показателей, при n – кол-во пациентов в каждой группе, σ – стандартное отклонение. Для попарного сравнения независимых выборок использовали критерий Дана (критерий Q). Для выявления достоверности различий между группами использовался непараметрический критерий Манна–Уитни (показатель U). Для качественного анализа признаков и сравнения относительных показателей использовали критерий χ^2 (хи-квадрат). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение.

Хирургическое лечение узлового нетоксического зоба

Большинство больных с узловым нетоксическим зобом (УНЗ) предъявляли жалобы на наличие опухолевидного образования, дискомфорт на передней поверхности шеи, появление ощущения кома в горле, слабость, раздражительность. У 117 больных узлы располагались в обеих долях ЩЖ. У 72 пациентов были множественные, а у 65 – солитарные узлы в одной из долей ЩЖ. По результатам ТАПБ узловых образований ЩЖ у 58 пациентов выявлена фолликулярная опухоль ЩЖ. У остальных 196 человек – коллоидные узлы. Неинформативных заключений не было. Синдром компрессии трахеи, заподозренный на основании осмотра у 196 больных, был подтверждён при рентгеновском исследовании, у 114 из них имело место шейно-загрудинное расположение узлов. ГТЭ была произведена 137 больным с локализацией узлов в одной из долей ЩЖ. Отсутствие лимфоцитарной инфильтрации ткани ЩЖ по данным интраоперационной цитоморфометрии позволило у 60 пациентов выполнить субтотальную резекцию ЩЖ с сохранением более 2 см^3 тиреоидной ткани. Цитологические признаки клеточной атипии у семи пациентов определили необходимость осуществления им экстрафасциальной ТЭ. 42 больным с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией ткани ЩЖ предприняты интрафасциальная ТЭ или субтотальная резекция ЩЖ с оставлением менее 2 см^3 тиреоидной ткани. Восьми пациентам с двусторонним многоузловым зобом была выполнена аутотрансплантация фрагментов ЩЖ в пространство между претиреоидными мышцами.

Осложнения после операций возникли у четырёх пациентов (1,57%). У одной пациентки после ТЭ развился гипопаратиреоз. У двух – послеоперационный период осложнился транзиторным парезом гортани с сохранением адекватного дыхания, у одной пациентки после экстрафасциальной ТЭ развился стеноз гортани, что потребовало наложения трахеостомы.

Результаты гистологического анализа операционного материала подтвердили обоснованность выбранной хирургической тактики. У 132 пациентов (51,9%) выявлены фолликулярные аденомы. У шести пациентов обнаружен папиллярный рак ЩЖ, у двух – фолликулярный рак и у двух – микрокарцинома ЩЖ.

При анализе отдалённых результатов оперативных вмешательств установлено, что у всех 196 пациентов с дооперационным диагнозом «синдром компрессии трахеи» исчезли характерные для этого синдрома жалобы. Клинические проявления пареза гортани у двух пациентов были купированы в течение первых восьми месяцев наблюдения. Больной с трахеостомой через год после операции выполнена деканюляция.

После ГТЭ послеоперационный гипотиреоз был отмечен только у девяти (6,5%) пациентов. Статистически значимых отличий в частоте развития послеоперационного гипотиреоза после ТЭ и субтотальной резекции ЩЖ с сохранением менее 2 см^3 тиреоидной ткани не выявлено (χ^2=4,293; p=0,083). У пяти пациентов после аутотрансплантации ткани ЩЖ не было показаний для проведения заместительной терапии, у трёх – через месяц после операции возникли клинические проявления гипотиреоза. Медикаментозный эутиреоз у этих больных достигнут назначением минимальной дозы левотироксина натрия (0,7±0,2 мкг/кг в сутки). После субтотальной резекции ЩЖ с сохранением более 2 см^3 тиреоидной ткани эутиреоз развился у 29 больных, однако, средняя доза левотироксина натрия, потребовавшаяся для коррекции функциональных нарушений, оказалась достоверно ниже, чем у пациентов после ТЭ и субтотальной резекции ЩЖ с сохранением менее 2 см^3 тиреоидной ткани (Q=2,532; p<0,05).

По данным послеоперационной ультрасоноскопии на фоне адекватной заместительной терапии существенных изменений объёма сохранённой ткани ЩЖ отмечено не было. У пациентов после аутотрансплантации ткани ЩЖ между грудино-щитовидной и грудино-подъязычной мышцами определялась ткань ЩЖ объёмом от 1,4 до 2,7 см^3 (1,8±0,3 см^3). У 12 (8,7%) пациентов после ГТЭ в контрлатеральной доле были выявлены узловые образования объёмом от 0,5 до 0,9 см^3 (0,7±0,2 см^3). Сроки выявления узлов – от одного года до трёх лет. У пациентов, которым была выполнена интраоперационная высокочастотная диатермоаблация мелких узлов сохраняемой ткани ЩЖ, в зоне термовоздействия визуализировались гиперэхогенные очаги фиброза размерами от 0,2 до 0,6 см (0,4±0,12 см). У пяти пациентов после субтотальной резекции ЩЖ с сохранением более 2 см^3 тиреоидной ткани в сроки от 1 года до 5 лет после оперативного вмешательства были выявлены узлы в ткани тиреоидного остатка. Размеры узлов от 0,6 до 1,1 см (0,8±0,3 см). Клинических проявлений рецидива заболевания и увеличения размеров узлов при проведении динамической ультрасоноскопии у этих пациентов не отмечено.

Несмотря на выявленный рецидив узлового зоба у ряда больных, средний уровень показателей качества жизни после оперативных вмешательств с сохранением клинически

значимого объёма ткани ЩЖ оказался достоверно выше, чем у пациентов, перенесших ТЭ или субтотальную резекцию ЩЖ с сохранением менее 2 см^3 тиреоидной ткани (Q=2,724; p<0,05).

Хирургическое лечение узлового зоба с тиреотоксикозом

Больные с узловым токсическим зобом (УТЗ) предъявляли жалобы на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, слабость, потливость, раздражительность, сердцебиения, похудание.

На основании осмотра у 18 пациентов имела место II степень увеличения ЩЖ по О.В. Николаеву (1952), у 97 – III, у 37 – IV и у 2 человек – V степень увеличения ЩЖ. По данным ультрасоноскопии ЩЖ с применением цветового допплеровского картирования у 112 (72,7%) пациентов были множественные узлы, а у 42 (27,3%) – солитарные узлы в одной из долей ЩЖ. У 129 (83,8%) человек имел место характерный признак функциональной автономии – выраженный интранодулярный кровоток в узловых образованиях. По результатам ТАПБ у 49 пациентов обнаружены фолликулярные аденомы, у 103 человек – коллоидные узлы с выраженной пролиферацией тиреоидного эпителия, у двух – результаты оказались малоинформативными. Цитоморфологических признаков злокачественного процесса ни в одном случае не зарегистрировано. В клинической картине у 95 (61,6%) больных доминировали манифестные проявления тиреотоксикоза, что потребовало предоперационной подготовки препаратами тиамазола. У 59 (38,4%) пациентов наблюдалось снижение уровня тиреотропного гормона ниже референсного значения (<0,4 мкМЕ/мл), но симптомов тиреотоксикоза не было, т. е. имела место субкомпенсированная форма функциональной автономии. У всех пациентов наличие функциональной автономии узлов было подтверждено результатами сцинтиграфии ЩЖ с пертехнетатом Тс ^{99m}.

ГТЭ была осуществлена 44 пациентам с локализацией узлов в одной из долей ЩЖ. У девяти из них была произведена профилактика развития аутоиммунных изменений в сохраняемой тиреоидной ткани путём введения суспензии гидрокортизона ацетата между листками IV фасции шеи, в зоне тиреоидного остатка. Интраоперационная высокочастотная диатермоаблация мелких узловых образований в контрлатеральной доле выполнена 11 больным. У пациентов с двусторонней локализацией узлов при выборе объёма операции мы руководствовались результатами интраоперационной цитоморфометрии. У 92 больных с манифестными проявлениями тиреотоксикоза наблюдались дистрофические изменения тиреоцитов в свободной от узлов тиреоидной ткани. Им была предпринята интрафасциальная ТЭ или субтотальная резекция ЩЖ с сохранением менее 2 см^3 тиреоидной ткани. В случае мультифокальной двусторонней субкомпенсированной автономии узлов у 45 пациентов при интраоперационном цитологическом исследовании тиреоидной ткани была выявлена пролиферация тиреоидного эпителия с незначительной или умеренной лимфоцитарной инфильтрацией. Им была осуществлена субтотальная резекция ЩЖ с сохранением более 2 см^3 ткани тиреоидного остатка.

Осложнения после операции возникли у четырёх пациентов (2,6%). У двух больных после ТЭ развился транзиторный гипопаратиреоз. У двух человек послеоперационный период осложнился односторонним парезом гортани.

При морфогистологическом анализе операционного материала у 54 пациентов (35%) обнаружены фолликулярные аденомы с выраженной пролиферацией эпителия, у 4 (2,6%) – микрокарциномы ЩЖ. У 96 (62,4%) больных выявлены коллоидные узлы с наличием признаков тиреотоксикоза. У всех пациентов с двусторонним многоузловым зобом с манифестными проявлениями тиреотоксикоза имели место морфологические признаки атрофии ткани ЩЖ вне узлов, что подтвердило необходимость выполнения им ТЭ.

При анализе отдалённых результатов оперативных вмешательств, предпринятых по поводу узлового зоба с тиреотоксикозом, оказалось, что у подавляющего большинства пациентов (94,6%) исчезли жалобы на потливость, раздражительность, сердцебиения. У двух больных с послеоперационным гипопаратиреозом содержание ионизированного кальция нормализовалось (1,17±0,04 ммоль/л) в течение девяти месяцев после операции. Клинические проявления пареза гортани у двух больных купированы через год после операции.

После ГТЭ, выполненной пациентам по поводу декомпенсированной функциональной автономии узлов одной из долей ЩЖ, послеоперационный гипотиреоз развился у 14 больных. Гипотиреоз зарегистрирован у всех пациентов, которым была выполнена тиреоидэктомия и субтотальная резекция с сохранением менее 2 см^3 ткани ЩЖ. После субтотальной резекции ЩЖ с сохранением более 2 см^3 тиреоидной ткани послеоперационный гипотиреоз был выявлен у восьми больных, однако средняя доза левотироксина натрия, потребовавшаяся для коррекции функциональных нарушений, оказалась достоверно ниже, чем у пациентов после ТЭ и субтотальной резекции с сохранением менее 2 см^3 ткани ЩЖ (Q=2,481; p<0,05).

По данным динамической ультрасоноскопии узловые образования в сохранённой ткани ЩЖ были выявлены у 8 пациентов после перенесённой ГТЭ и у 3 пациентов после субтотальной резекции ЩЖ с сохранением более 2 см^3 тиреоидной ткани. Размеры этих образований от 0,5 до 0,9 см (0,7±0,2 см). По результатам ТАПБ они представляли собой коллоидные узлы. Клинических проявлений рецидива заболевания и увеличения размеров узлов при проведении последующих ультрасоноскопий у этих пациентов не отмечено.

Средний уровень показателей качества жизни у больных после операций с сохранением функционирующей тиреоидной ткани был выше, чем значения аналогичных показателей у пациентов после ТЭ или субтотальной резекции ЩЖ с объемом тиреоидного остатка <2 см^3 (Q=2,572; p<0,05).

Хирургическое лечение диффузного токсического зоба

При выборе объёма операции у пациентов с диффузным токсическим зобом мы использовали следующие прогностические критерии исходов хирургического лечения.

Вероятные критерии:

- возраст пациентов,
- продолжительность заболевания,
- длительность терапии тиреостатиками,
- эффективность терапии тиреостатиками,
- уровень антител к тиреопероксидазе.

Достоверные критерии:

- объём сохраняемой тиреоидной ткани,
- морфологическая характеристика тиреоидной ткани.

Выделено две группы больных.

В первую группу вошли 48 пациентов. В ходе предоперационного анализа у 31 из них выявлено не менее трёх из приведённых выше вероятных прогностических критериев развития послеоперационного гипотиреоза. У 17 больных обнаружено три и более вероятных прогностических признака возможного рецидива заболевания. При интраоперационной цитоморфометрии ткани ЩЖ у 29 пациентов отмечена лимфоцитарная инфильтрация, а у 19 – наоборот, была выявлена выраженная пролиферация тиреоидного эпителия. На основании полученных данных принято решение о нецелесообразности сохранения в ходе операции тиреоидной ткани. Поэтому 32 пациентам была выполнена интрафасциальная ТЭ, а 16 больным – субтотальная резекция ЩЖ с сохранением незначительного количества тиреоидной ткани в области трахеопищеводной борозды с обеих сторон от трахеи. У двух больных после ТЭ и у одной пациентки после субтотальной резекции ЩЖ послеоперационный период осложнился парезом гортани, у 3 отмечен транзиторный гипопаратиреоз. Гипотиреоз, развившийся у всех больных этой группы, компенсирован назначением заместительной терапии левотироксином натрия в дозе 1,5±0,3 мкг/кг в сутки. Рецидива заболевания в этой группе пациентов не отмечено.

Во вторую группу включены 30 пациентов, у которых выявлено не менее трёх вероятных прогностических факторов, позволяющих осуществить субтотальную резекцию ЩЖ с сохранением клинически значимого объёма тиреоидной ткани. При интраоперационном цитологическом исследовании ткани ЩЖ у них отсутствовали микровизуальные признаки, указывающие на выраженность аутоиммунного процесса. Этим больным была выполнена субтотальная резекция с сохранением от 2 до 4 см^3 ткани ЩЖ. 16 из них произведена субтотальная резекция ЩЖ по О.В. Николаеву. 14 больным осуществлена операция по Е.С. Драчинской. У одной больной этой группы в раннем послеоперационном периоде развился парез гортани.

При обследовании пациентов этой группы в отдалённые сроки после операции рецидив заболевания выявлен у 1 пациента, у 14 сохранялся стойкий эутиреоз, у 15 больных развился гипотиреоз, что потребовало проведения заместительной терапии левотироксином натрия. Средняя доза препарата у них оказалась достоверно ниже, чем у пациентов первой группы (U=1072; p=0,0431) и составила 0,9±0,2 мкг/кг в сутки.

При анализе качества жизни пациентов с диффузным токсическим зобом оказалось, что у больных после операций с сохранением тиреоидной ткани изучаемые показатели достоверно превосходят аналогичные у пациентов, перенёсших ТЭ или субтотальную резекцию с сохранением менее 2 см^3 ткани ЩЖ ($p<0,05$), несмотря на большее количество послеоперационных осложнений у больных первой группы.

Выводы

1. Дифференцированный подход к выбору объёма операции, основанный на тщательной дооперационной диагностике, совокупном анализе прогностических критериев, интраоперационной цитоморфометрии тиреоидной ткани, а также применение новых методов хирургических вмешательств позволили улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения пациентов с доброкачественными заболеваниями ЩЖ.

2. Средняя доза левотироксина натрия, потребовавшаяся для коррекции функциональных нарушений у пациентов после субтотальной резекции с сохранением более 2 см^3 ткани ЩЖ, оказалась достоверно ниже, чем у пациентов после тиреоидэктомии и субтотальной резекции с сохранением менее 2 см^3 тиреоидной ткани ($p<0,05$).

3. Средний уровень показателей качества жизни пациентов после операций с сохранением функционирующей тиреоидной ткани превосходит аналогичные показатели у пациентов после тиреоидэктомии ($p<0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристархов В.Г., Кириллов Ю.Б., Пантелеев И.В. Профилактика послеоперационного гипотиреоза при хирургическом лечении диффузного токсического зоба. Хирургия. 2001. № 9. С. 19-21.

2. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. СПб.: Гиппократ, 1998. С. 336.

3. Воскобойников В.В., Ванушко В.Э., Артёмова А.М. и др. Диагностика, тактика и хирургическое лечение больных с многоузловым эутиреоидным зобом. Проблемы эндокринологии. 2001. № 2. С. 5-12.

4. Герасимов Г.А., Трошина Е.А. Дифференциальная диагностика и выбор метода лечения при узловом зобе. Проблемы эндокринологии. 1998. № 5. С. 35-41.

5. Хирургическая эндокринология: руководство. Под ред. Калинина А. П., Майстренко Н.А., Ветшева П.С. С.-Пб.: Питер, 2004. С. 960.

6. Семиков В.И. Современные принципы лечения больных с узловым зобом. Врач. 2002. № 7. С. 7-12.

7. Berghout A., Wiersinga W.M., Drexhage H.A. The long-term outcome of thyroidectomy for sporadic non-toxic goitre. Clin. Endocrinol. (Oxf) 1989. № 31. P. 193-199.

8. Bounema S.L., Beunedback F.N., Wiersinga W.M. et al. Managemement of the nontoxic multinodular goiter: a European questiounari stady. Clin. Endocrinol. (Oxf) 2000. № 53. P. 3-4.

9. Clark Orlo H. Endocrine surgery of the thyroid and parathyroid glands. - St. Louis. Toronto – Princeton: The C. V. Mosby Company. 1985. P. 135.

10. Bredley E.L., Liechty R.D. Modified subtotal thyreoidectomy for Greves diseas. Surgery. 1988. № 104 (6). P. 940-946.

11. Friguglietti C.U., Lin C.S., Kulcsar M.A. Total thyroidectomy for benign thyroid disease. Laryngoscope. 2003. № 113. P. 1820-1826.