

© СААЯ А.Т.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ МНОГОУЗЛОВЫМ ЗОБОМ

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.

Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;

кафедра хирургических болезней №1, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов.

Резюме. *Изучены отдаленные результаты хирургического лечения многоузлового зоба у 145 больных через 1-5 лет после операции. Хороший результат получен у 106 ($73,1 \pm 3,8\%$) больных, удовлетворительный – у 33 ($22,8 \pm 3,5\%$), неудовлетворительный – у 6 ($4,1 \pm 1,7\%$) больных. Установлено, что отдаленные результаты лечения находятся в зависимости от объема выполненной первичной операции, наличия специфических осложнений и адекватности амбулаторного наблюдений.*

Ключевые слова: *узловые образования щитовидной железы, хирургическое лечение, амбулаторное наблюдение.*

Саая Адыгжы Тыртыкович – аспирант каф. хирургических болезней № 1 КрасГМУ; e-mail: khb1@krasgmu.ru.

В структуре хирургической патологии щитовидной железы (ЩЖ) возрастает удельный вес разных заболеваний и новообразований, объединенных общим понятием многоузловой зоб (МУЗ). МУЗ не является нозологической формой, а используется как собирательное понятие – ряд заболеваний, характеризующихся наличием разных по гистоструктуре истинных или ложных множественных опухолевидных образований в ЩЖ (доброкачественные и злокачественные опухоли, узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит, метастатические опухоли, а также редкие заболевания: паразитарные и грибковые, лимфагрануломатоз и др.) [3, 4]. В регионе природного йододефицита МУЗ весьма распространен и составляет до 77,9% в структуре разных заболеваний и новообразований ЩЖ

[1, 2, 3, 4, 5]. В последние годы при МУЗ чаще применяются операции значительного объема (ОЗО): субтотальная или предельно-субтотальная резекция ЩЖ, тиреоидэктомия. Закономерным исходом этих вмешательств у большинства пациентов становится послеоперационный гипотиреоз [4], что определяет необходимость заместительной терапии. Кроме того, сохраняющиеся в части случаев остаточные явления послеоперационных осложнений, а также вероятность возникновения рецидива заболевания в тиреоидном остатке после органосберегающих операций (ОСО) ЩЖ требуют самого пристального внимания к этой группе пациентов на этапе последующего амбулаторного наблюдения. Некоторые трудности, возникающие при диспансеризации указанных лиц, обусловлены рассеянностью и отдаленностью их проживания, несовершенством и дороговизной транспортных сообщений, суровыми климатическими условиями, преимущественно моноцентрическим типом оказания специализированной помощи, недостаточным жизненным уровнем.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи отдаленных результатов хирургического лечения МУЗ и объема выполненных оперативных вмешательств, характера возникших гормональных нарушений и адекватности амбулаторного наблюдения этой группы пациентов.

Материалы и методы

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения у 145 пациентов с МУЗ через 1-5 лет после операции. Из них по поводу рака ЩЖ (РЩЖ) были оперированы 16 (11%) больных, многоузлового токсического зоба (МУТЗ) – 10 (6,9%), многоузлового эутиреоидного зоба (МУЭЗ) – 115 (79,3%), АИТ – 4 (2,8%). Оперативные вмешательства были условно разделены на две группы: ОЗО и ОСО. ОЗО были выполнены у 106 (73,1%) больных. Из них у 76 (52,4%) больных была выполнена субтотальная резекция ЩЖ, у 2 (1,4%) – предельно-субтотальная резекция ЩЖ и у 28 (19,3%) больных – тиреоидэктомия. ОСО были выполнены у 39 (26,9%) больных. Из них у 8 (5,5%) больных выполнена субтотальная резекция одной доли, у 6 (4,2%) – гемитиреоидэктомия с удалени-

ем перешейка и у 25 (17,2%) – субтотальная резекция обеих долей. Таким образом, большинству больных (106; 73,1%) были выполнены ОЗО, что дало основание у них прогнозировать гипотиреоз в послеоперационном периоде.

Амбулаторное наблюдение включало осмотр эндокринолога, хирурга, фониатра, исследование ТТГ, св.Т4. Хирург проводил осмотр после операции, а затем по показаниям (рецидив МУЗ, послеоперационные осложнения). При остаточных явлениях пареза гортанных нервов осуществляли наблюдение и лечение у фониатра. УЗИ выполняли через 6 и 12 месяцев после операции, а в последующем ежегодно для оценки состояния тиреоидного остатка. Гормональный статус исследовали через 1, 6, 12 месяцев после операции, а затем ежегодно.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи электронных таблиц “Excel” и прикладной программы “Statistica 6,0” на базе персонального компьютера. Проводилась первичная математическая обработка с вычислением средних значений полученных данных; определялись числовые характеристики выборочных переменных (среднее, стандартное отклонение), оценка точности выборочных переменных (стандартная ошибка). Достоверность различий определялась по критериям Стьюдента и Фишера при нормальном распределении сравнительных рядов данных и по критериям Вилкоксона, Манна-Уитни и χ^2 при рядах, имеющих распределение отличное от нормального. Относительные величины, выраженные в процентах, приводили в тексте с ошибкой процента.

Результаты и их обсуждение

Отдаленные результаты оперативного лечения во многом определялись возможностями амбулаторно-поликлинического приема на местах (наличие эндокринолога, УЗИ, гормонального исследования) и заинтересованности пациентов в полноте обследования и коррекции гормональных нарушений.

Многие из пациентов в послеоперационном периоде находились под наблюдением эндокринологов (120; 82,8%), причем 108 (74,5%) из них проходили диспансерный осмотр более 1-2 раз ежегодно. Не наблюдались и не обследовались 25 (17,2%) пациентов. Гормональное исследование (ТТГ, свТ4) проводили

у 119 (82,1%) больным, причем у 100 (70%) – более 2-3 раз в год. УЗИ ЩЖ выполнено у 111 (76,6%) больных, из них у 85 (58,6%) – ежегодно.

Отдаленные результаты были разделены на хорошие, удовлетворительные и плохие.

Хорошим результат считали при отсутствии признаков тиреоидной недостаточности (без или на фоне гормональной терапии), рецидива зоба или опухоли, значимых изменений массы тела, сохранение работоспособности и отсутствие жалоб больного. Самооценка состояния характеризовалась как выздоровление или улучшение.

При удовлетворительном результате больные существенных жалоб не отмечали, у них сохранялась трудоспособность, но при тщательном расспросе и обследовании выявляли признаки остаточного пареза гортанных нервов; гипопаратиреоза; гипотиреоза, недостаточно корригируемого заместительной терапией; рецидивы одиночных узловых образований не более 1 см в диаметре; побочный эффект гормональной терапии на заболевания сердечно-сосудистой системы или сочетание нескольких вышеуказанных клинических проявлений. Самооценка состояния после операции расценивалась как без перемен.

Пациенты с неудовлетворительным результатом отмечали жалобы, характерные для декомпенсированного гипотиреоза или тиреотоксикоза, стойкий гипопаратиреоз или парез гортанных нервов, рецидив множественных узловых образований в тиреоидном остатке, снижение трудоспособности и инвалидизацию, прогрессирование на этом фоне других заболеваний.

Хороший результат отмечен у 106 ($73,1 \pm 3,7\%$) пациентов, удовлетворительный – 33 ($22,8 \pm 3,5\%$), неудовлетворительный – 6 ($4,1 \pm 1,7\%$) пациентов. В группе пациентов с хорошим результатом лечения 84 ($79,2 \pm 4,0\%$) больных были оперированы по поводу МУЭКЗ, 11 ($10,4 \pm 3,0\%$) – РЩЖ, 8 ($7,1 \pm 2,5\%$) – МУТЗ и 3 ($2,8 \pm 1,6\%$) больных – АИТ. Большинству из них (79; $74,5 \pm 4,3\%$) были выполнены ОЗО, ОСО – 26 больным. Послеоперационный гипотиреоз диагностирован у 70 ($66,0 \pm 4,6\%$) человек. Однако все пациенты, находящиеся на диспан-

серном учете, получали адекватную заместительную гормональную терапию L-тироксином, в результате которой гипотиреоз был полностью компенсирован и трудоспособность восстановлена. 80 ($75,5 \pm 4,2\%$) пациентов этой группы проходили регулярное обследование (2-3 раза в год) и наблюдение. Все они были осмотрены хирургом, каких-либо послеоперационных осложнений и рецидива заболевания не было обнаружено.

Удовлетворительный результат после оперативного лечения был отмечен у 33 ($22,8 \pm 3,5\%$) пациентов. Также как и в предыдущей группе, большинство из них были оперированы по поводу МУЭКЗ – 26 ($78,8 \pm 7,2\%$). РЩЖ был у 4 ($12,1 \pm 5,8\%$) больных, МУТЗ – у 2 ($6,1 \pm 4,2\%$) и АИТ – у одного ($3,0\%$) больного. ОЗО выполнены у 23 ($69,7 \pm 8,1\%$), ОСО – у 10 ($30,3 \pm 8,1\%$) больных. Послеоперационный гипотиреоз возник у 24 ($72,7 \pm 7,9\%$) больных, но адекватно был коррегирован только у 19, а у 5 сохранялись признаки субклинического гипотиреоза. Остаточные явления послеоперационного гипопаратиреоза и пареза гортанных нервов отмечен у 4 и 8 пациентов соответственно. Побочное действие L-тироксина на сердечно-сосудистую систему отмечено у 4 пациентов пожилого возраста, получавших супрессивную терапию после операций по поводу РЩЖ. Рецидивы узловых образований до 1 см в тиреоидном остатке диагностированы у 8 больных. Выбор лечебной тактики при рецидивах МУЗ у этой группы больных осуществляли коллегиально хирургом и эндокринологом в пользу динамического наблюдения. По поводу остаточных явлений пареза гортанных нервов все пациенты проходили наблюдение и лечение у фониатра, что позволило компенсировать эти нарушения.

Неудовлетворительный результат оперативного лечения установлен у 6 ($4,1 \pm 1,7\%$) пациентов. Из них один ($16,7 \pm 16,7\%$) пациент был оперирован по поводу РЩЖ, а 5 ($83,3 \pm 16,7\%$) – МУЭКЗ. ОЗО были выполнены в $66,7 \pm 21,1\%$, а ОСО – в $33,3 \pm 21,1\%$ наблюдений. Декомпенсированный гипотиреоз был выявлен у 4 ($66,7 \pm 21,1\%$) больных, которые не получали заместительной терапии. Стойкий послеоперационный парез гортанных нервов сохранялся у 2, стойкий

гипопаратиреоз – у одной больной. Рецидив заболевания в виде множественных узловых образований, определяемых при УЗИ в тиреоидном остатке, возник у 3 больных после щадящих операций. Рецидив МУЗ и гипотиреоз был одновременно у двух больных и у одного больного – рецидив МУЗ и гипопаратиреоз. Четверо больных из этой группы пожилого и старческого возраста имели послеоперационный гипотиреоз, проживали в отдаленных регионах и не имели возможности регулярной консультации эндокринологом. Двое больных молодого возраста имели стойкий послеоперационный гипопаратиреоз и парез гортанных нервов, и из-за отдаленности проживания, отсутствия специалистов по месту жительства не получали соответствующего лечения.

Большинство оперативных вмешательств значительного объема при МУЗ сопровождается возникновением послеоперационного гипотиреоза. Отдаленные результаты лечения находятся в зависимости от объема выполненной первичной операции, отсутствия специфических осложнений и адекватности амбулаторного наблюдения. Учитывая природный йододефицит, для достижения хороших отдаленных результатов оперативного лечения МУЗ, необходимо плановое диспансерное наблюдение больных эндокринологом, хирургом и фониатром. Целью такой комплексной работы является коррекция гормональной недостаточности, остаточных послеоперационных осложнений, профилактика рецидива заболевания. Преемственность в ведении этих пациентов у хирурга и эндокринолога позволяет выработать правильную тактику при рецидиве МУЗ, а лечение у фониатра – уменьшить остаточные явления пареза гортанных нервов.

OUT-HOSPITAL OBSERVATION OF THE PATIENTS WITH MULTINODULAR GOITER IN POST-OPERATIVE PERIOD

A.T. Saaya

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voynov-Yasenetsky

Abstract. We studied remote results of the surgical treatment of the multinodular goiter in 145 patients in 1-5 years after operation. Good results were in 106 ($73,1 \pm 3,8\%$) patients. Satisfactory results were in 33 ($22,8 \pm 3,5\%$) cases, unsatisfactory – in 6 ($4,1 \pm 1,7\%$) patients. The remote results depend on the primary operation volume, presence of the specific complications and quality of the out-hospital treatment.

Key words: thyroid nodule formations, surgical treatment, ambulatory observation.

Литература

1. Володченко Н.П. К вопросу о причинах, структуре и методах лечения рецидивного зоба // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2004. – №2. – С. 14-16.
2. Воскобойников В.В., Ванушко В.Э., Артемова А.М. и др. Диагностика, тактика и хирургическое лечение больных с многоузловым эутиреоидным зобом // Проблемы эндокринологии. – 2001. – №1. – С. 5 -12.
3. Ершова Г.И. Дифференцированный подход к диагностике и лечению многоузлового зоба // Анналы хирургии. – 2005. – №4. – С.18-22.
4. Фадеев В.В., Захарова С.М., Паша С.П. Многоузловой эутиреоидный зоб // Клиническая тиреоидология. – 2004. – №2. – С.15-26.
5. Шулутко А.М., Семиков В.И., Иванова Н.А и др. Онкологические аспекты многоузлового зоба // Рос. мед. журн. – 2001. – №6. – С.3-7.