

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.441-006.5-036.87-07-089

В.Г.Петров, А.А.Нелаева, Д.И.Малинин, Е.А.Александрова, О.А.Мельник

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕЦИДИВ УЗЛОВОГО ЗОБА

Муниципальное медицинское лечебно-профилактическое учреждение «Эндокринологический диспансер», г. Тюмень

Ключевые слова: узловой зоб, послеоперационный рецидивный зоб, узловой коллоидный зоб, фолликулярная аденома, рак щитовидной железы.

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от морфологической формы узлового зоба при первой операции

Морфологическая форма	Абс. число	%
Узловой коллоидный зоб	458	70,6
Аденома	136	20,9
Рак	14	2,2
Узловой коллоидный зоб и аденома	21	3,1
Узловой коллоидный зоб и рак	13	2,1
Рак и аденома	7	1,1
Всего	649	100

Введение. Проблема послеоперационного рецидивного узлового зоба (ПРУЗ) является особенно актуальной, поскольку, наряду с ростом числа оперированных больных по поводу патологии щитовидной железы (ЩЖ), отмечается увеличение числа пациентов с ПРУЗ [3, 4, 8]. Данной проблеме посвящено немало исследований отечественных и зарубежных авторов [1, 2, 5, 6].

Цель данной работы — анализ причин возникновения ПРУЗ.

Материал и методы. Были анализированы отделенные результаты хирургического лечения 649 пациентов с узловой патологией ЩЖ, лечившихся в период с 1990 по 2003 г. в отделении торакальной хирургии № 1 городской (областной) клинической больницы № 2 г. Тюмени. Среди оперированных пациентов преобладали женщины — 93,7%. Большая часть пациентов (55%) оперированы в возрасте 41–60 лет, в том числе 7,5% мужчин и 92,5% женщин. В возрасте до 20 лет оперированы 2,6% пациентов, в возрасте от 20 до 40 лет — 25,4%, а старше 61 года — 16,4%.

Результаты и обсуждение. Морфологическая характеристика узловых образований, послуживших поводом к проведению хирургических вмешательств у данных пациентов, представлена в табл. 1. Из полученных данных видно, что у большинства пациентов (70,6%) при гистологическом исследовании удаленной ткани ЩЖ обнаружен узловой коллоидный зоб. Второй по частоте (20,9%) морфологической формой узловой патологии ЩЖ была фолликулярная аденома. В 3,1% наблюдений она сочеталась с узловым коллоидным зобом и в 1,1% — с микрофокусами рака ЩЖ.

Рак ЩЖ на фоне неизменной тиреоидной ткани был обнаружен у 14 (2,2%) больных. Опухоли были высокодифференцированными: в 8 наблюдениях был выявлен папиллярный рак, а в 6 — фолликулярная карцинома ЩЖ.

Пациенты, у которых по результатам морфологического исследования был выявлен рак ЩЖ в сочетании с узловым коллоидным зобом (2,1%) или аденомой (1,1%), повторно были оперированы по поводу многоузлового зоба. Во всех этих наблюдениях карцинома во время первых операций была представлена микрофокусами папиллярного рака ЩЖ.

Распределение оперированных нами пациентов в зависимости от объема оперативного вмешательства представлено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от объема первой операции

Объем операции	Абс. число	%
Тиреоидэктомия/субтотальная резекция	312	48,1
Гемитиреоидэктомия	136	20,8
Резекция доли	201	31,1
Всего	649	100

Из данной таблицы видно, что, поскольку большинство пациентов были оперированы нами по поводу предполагаемого многоузлового или смешанного зоба, то практически у половины из них (48,1%) была выполнена тиреоидэктомия либо

Таблица 4

Частота рецидивов зоба в зависимости от гистологической формы узла

Морфологическая форма	Число больных	Число рецидивов	
		Абс.	%
Узловой коллоидный зоб	458	141	30,8
Опухоли ЩЖ	150	15	10,0
Узловой коллоидный зоб и опухоли	41	18*	43,9
Всего	649	174	26,8

* 11 узловых коллоидных зобов, 7 опухолей ЩЖ.

субтотальная резекция ЩЖ. Гемитиреоидэктомия была осуществлена у 20,8% пациентов. Последний вид оперативного вмешательства выполнялся нами при одиночном узле в одной из долей и отсутствии изменений в противоположной доле ЩЖ по данным УЗИ и пальпаторно-визуального контроля во время операции. У 201 больной (31,1%) были произведены гемитиреоидэктомия с резекцией доли, резекция доли и даже энуклеация узла.

При анализе отдаленных результатов у 174 (26,8%) из 649 оперированных пациентов был диагностирован ПРУЗ. Всем этим пациентам после обнаружения узла в ЩЖ с целью выявления его морфологической структуры проводилась тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) под контролем УЗИ. Результаты данного исследования представлены в табл. 3, из которой видно, что большая часть (87,4%) рецидивов узлового зоба представлена узловым коллоидным зобом. Только у 2 (1,1%) пациентов при цитологическом исследовании был диагностирован рак (фолликулярный) ЩЖ.

Таблица 3

Распределение больных с рецидивом узлового зоба в зависимости от результатов тонкоигольной аспирационной биопсии

Морфологическая форма	Абс. число	%
Узловой коллоидный зоб	152	87,4
Фолликулярная опухоль	20	11,5
Рак	2	1,1
Всего	174	100

В 20 (11,5%) наблюдениях цитологом был установлен диагноз «фолликулярная опухоль». Все эти пациенты, в связи с вероятностью при данном цитологическом заключении наличия фолликулярного рака ЩЖ, были направлены для повторного хирургического лечения. При гистологическом исследовании операционного материала у 19 из них была обнаружена аденома, а у 1 — узловой коллоидный зоб.

Частота рецидивов зоба нами была проанализирована в зависимости от гистологической формы новообразований. Полученные результаты представлены в табл. 4, из которой можно заключить, что рецидивы чаще всего наблюдались в группе больных, оперированных по поводу коллоидного зоба.

При сопоставлении данных гистологического исследования удаленной ткани после первой операции и результатов цитологических исследований ПРУЗ было установлено, что узловым коллоидным зобом рецидивировал практически в трети случаев (30,8%). Это еще раз подтверждает, что формирование коллоидного зоба происходит при

тотальном поражении ткани ЩЖ. При резекции части органа с сохранением визуально неизменной тиреоидной ткани остается морфологический субстрат для возникновения узлов в остатке ЩЖ. При сочетанном поражении (узловой коллоидный зоб и опухоль) также чаще рецидивирует узловой коллоидный зоб.

Частота рецидивов опухолей ЩЖ (10%), по нашим данным, оказалась в 3 раза меньше, чем у больных с коллоидным зобом. Очевидно это обусловлено тотальным поражением тиреоидной ткани коллоидными изменениями.

Также была изучена частота появления ПРУЗ в зависимости от объема первого оперативного вмешательства. Из табл. 5 видно, что большая часть рецидивов возникли после операций, сопровождавшихся оставлением значительных объемов тиреоидной ткани — после резекций долей ЩЖ и энуклеации узлов.

Таблица 5

Частота рецидивов зоба в зависимости от объема выполненной операции

Объем операции	Число больных	Число рецидивов	
		Абс.	%
Гемитиреоидэктомия/субтотальная резекция	312	7*	2,2
Гемитиреоидэктомия	136	28	20,6
Резекция доли	201	139	69,1
Всего	649	174	26,8

* Число рецидивов после субтотальной резекции, после тиреоидэктомии рецидивов не отмечено.

Частота рецидивов в данной группе больных достигала 69,1%. Так, из 201 пациента, которым были произведены операции подобного объема, зоб рецидивировал у 139 (69,2%). Это обстоятельство оправдывает необходимость удаления большей части ЩЖ при узловом коллоидном зобе. После тиреоидэктомии нами не было диагностировано ни одного рецидива заболевания ЩЖ. Только

у 7 (2,2%) из 312 пациентов после ранее произведенной субтотальной резекции был выявлен ПРУЗ. Большая часть рецидивов (5 наблюдений) также пришлось на коллоидный зоб, и только в 2 — были выявлены аденомы ЩЖ. Приведенные данные указывают на необходимость оставления наименьшего функционально обоснованного объема тиреоидной ткани при выполнении субтотальной резекции.

После ранее произведенной гемитиреоидэктомии в оставленной доле узел был обнаружен в 28 (20,6%) из 136 наблюдений. По морфологической структуре большинство узлов (18 из 28) соответствовало также коллоидному зобу. Необходимо отметить, что у 16 из 18 больных рецидив был выявлен в течение года после первой операции, что свидетельствует о неполноценной интраоперационной ревизии оставляемой тиреоидной ткани.

Аденома ЩЖ была диагностирована у 8 пациентов. Рак ЩЖ мы обнаружили только в 2 наблюдениях через 10 и 12 лет после первой операции. У этих больных сложно установить, имел ли место истинный рецидив заболевания или речь идет о новой опухоли ЩЖ, поскольку оба не проходили постоянного диспансерного обследования, а потому установить точный срок появления узлов затруднительно.

Таким образом, наше исследование указывает на неадекватность проведения таких операций, как энуклеация узла и резекция доли с узлом, особенно при узловом коллоидном зобе, поскольку это сопряжено с опасностью оставления патологически измененной ткани железы и большой вероятностью возникновения рецидива заболевания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Агафонов Ф.Л. Послеоперационный рецидивный зоб.—М.: Медицина, 1966.—112 с.
2. Алексеев Ю.К., Павлова Е.А., Агапитов Ю.Н. Морфологические и ультразвуковые особенности рецидивного узлового зоба // Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы девятого Российского симпозиума по хирургической эндокринологии.—Челябинск, 2000.—С. 27–32.
3. Бондаренко Н.М., Гагаркин Г.Н. Хирургическое лечение рецидивного зоба // Клини. хир.—1986.—№ 12.—С. 1–3.
4. Брейдо И.С. Тактика хирурга при рецидивном зобе // Вестн. хир.—1983.—№ 6.—С. 140–143.
5. Воскобойников В.В., Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э. Отдаленные результаты хирургического лечения больных многоузловым эутиреоидным зобом // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы девятого Российского симпозиума по хирургической эндокринологии.—Челябинск, 2000.—С. 90–94.
6. Заривчацкий М.Ф. Послеоперационный рецидивный зоб // Там же.—С. 168–169.
7. Шулюто А.М., Иванова Н.А., Семиков В.И., Горбачева А.В. Причины и профилактика рецидивного зоба // Там же.—С. 479–482.
8. Шухгалтер И.А., Бойко А.Н., Бурчевков Б.И. и др. Диагностика и хирургическое лечение рецидивного зоба // Хирургия.—1990.—№ 4.—С. 35–40.

Поступила в редакцию 29.11.2006 г.

V.G.Petrov, A.A.Nelaeva, D.I.Malinin,

E.A.Aleksandrova, O.A.Melnik

POSTOPERATIVE RECURRENCE OF A NODULAR GOITER

Long-term results were followed up from 3 to 15 years in 649 patients with different morphological forms of the nodular goiter. Postoperative recurrent nodular goiter was diagnosed in 26.8% of the patients. The greater part of recurrences (87.4%) was nodular colloid goiter that was shown morphologically. Main part of the recurrences (69.1%) appeared after operations if the greater part of the thyroid gland was left — resection of a lobe and enucleation of the nodes. No recurrences were registered after thyroidectomy. The results of the investigation suggest that such operations as enucleation of a node and resection of a lobe with a node are thought to be inadequate.