

Н.Г. ШЕБУШЕВ

РЕЦИДИВНЫЙ ЗОБ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Статья посвящена актуальной проблеме эндокринной хирургии – послеоперационному рецидивному зобу. Проведённый анализ литературных данных показал, что до сегодняшнего дня нет определения понятия – «рецидивный зоб», отсутствуют также общепринятая классификация данной патологии.

Основываясь на собственном опыте лечения рецидивного зоба, автор предлагает определение понятия «рецидивный зоб», формулирует рекомендации по применению различных диагностических исследований.

Определены основные причины, приводящие к послеоперационным осложнениям, а также даны рекомендации по их предупреждению. Детально описана техника оперативного вмешательства при рецидивном зобе, позволяющая снизить частоту послеоперационного пареза верхнего гортанного нерва и гипопаратиреоза. Акцентируется внимание на то, что в большинстве случаев осложнения при оперативном лечении узловых заболеваний щитовидной железы обусловлены техническими ошибками, допущенными во время выполнения вмешательства. Поэтому основной профилактической мерой является повышение квалификации хирургов, осуществляющих такие операции.

Ключевые слова: узловой зоб, рецидивный узловой зоб, верхнегортанный нерв, гипопаратиреоз

The article is dedicated to the post-operative recurrent goiter which is a significant problem of the endocrine surgery. The performed literature data analysis shows that up to present there hasn't been any definition of the term "recurrent goiter"; generally accepted classification of the given pathology is absent as well.

Based on his own experience of the recurrent goiter treatment the author suggests the definition of the term "recurrent goiter", formulates recommendations concerning the use of various diagnostic investigations.

The main causes resulted in the post-operative complications are determined; recommendations on their prevention are given. The technique of the operation in case of recurrent goiter permitting to decrease the incidence rate of the post-operative paresis of the upper laryngeal nerve and hypoparathyroidism is described in details. Special attention is paid to the fact that in the majority of cases the complications after surgeries of the nodal diseases of the thyroid are caused by technical mistakes made during surgical operations. That's why the main preventive measure is qualification improvement of surgeons who carry out such operations.

Keywords: nodal goiter, recurrent nodal goiter, upper laryngeal nerve, hypoparathyroidism

Несмотря на вековую историю хирургии щитовидной железы и огромный накопленный опыт, ряд вопросов, касающихся проблем рецидивного зоба, не нашли своего окончательного решения [1, 2, 3].

Рецидивный зоб (РЗ) один из возможных вариантов неблагоприятного исхода

после проведения операции на щитовидной железе (ЩЖ). Интересным можно считать тот факт, что до сегодняшнего дня нет определения понятия – «рецидивный зоб». Ни в одну из общепринятых и признанных классификаций заболевания ЩЖ рецидивный зоб как заболевание не входит.

Ряд хирургов классифицируют рецидивы заболеваний ЩЖ на основании сроков их возникновения. Другие выделяют «ложные» и «истинные» рецидивы зоба, закладывая в основу время возникновения рецидива после первичной операции на ЩЖ.

«Ложными» считаются рецидивы, возникшие в течение года после операции, которые связаны с нерадикальностью первичной операции. «Истинные» рецидивы возникают через год и обусловлены воздействием различных этиопатогенетических факторов на остатки сохраненной неизменной ткани ЩЖ [4]. Количество ложных рецидивов составляет 58,9–80,2%, истинных – 19,8–41,1% [5].

Л.Н. Камардин и соавт. [4] считают, что при определении характера рецидива невозможно использовать принцип «фактора времени», поскольку срок появления рецидива не может служить его определяющим признаком. И.С. Брейдо [3, 6] предлагает проводить классификацию на основании вида зоба, при котором произошел рецидив. Е.А. Валдина [7] представляет целесообразным формирование классификации только рецидивного токсического зоба, разделив рецидивы тиреотоксикоза на 3 группы по причинам их возникновения: 1) тиреотоксикоз, возобновляющийся после неадекватно выполненной операции; 2) тиреотоксикоз вследствие необычной по силе стимуляции нормального по массе тиреоидного остатка; 3) тиреотоксикоз, возникающий в следствие аденоматозной трансформации остатка с высокой функциональной активностью и увеличением массы оставшейся ткани щитовидной железы. Н.Г. Цариковская и соавт. [8] различают «ранние» и «поздние» рецидивы, возникшие соответственно до года и более чем через год после операции. При этом используется понятие «светлого» промежутка между операцией и рецидивом заболевания. При описании рецидивов ис-

пользуются различные термины: стойко, неоднократно, повторно, многократно, упорно рецидивирующий зоб.

Можно продолжить изложение множества разноплановых попыток классификации вариантов рецидивного зоба, что доказывает отсутствие адекватной, устраивающей большинство хирургов, классификация данного заболевания по общепринятым основаниям. Даже в руководстве «Фундаментальная и клиническая тиреодология» (по ред. М.И. Балаболкина 2007 г.) [2] рецидивному токсическому зобу и причинам его возникновения отведен один абзац без каких-либо попыток классифицировать данную патологию ЩЖ.

Хирурги аккуратно обходят стороной проблему рецидивного зоба, хотя прекрасно понимают, что частота возврата болезни ЩЖ после проведения наиболее агрессивного и опасного хирургического метода лечения во многом определяется их опытом, квалификацией и успешностью в работе. В ряде опубликованных статей указывается, что частота развития рецидива заболевания достигает 39% (независимо от первичного заболевания). Вынуждены также обратить внимание на тот факт, что в 26% наблюдений отмечается озлокачествление РЗ [5, 9].

Не хочется приводить результаты оперативных вмешательств при рецидивном зобе, свидетельствующие о значительном увеличении процента параличей возвратного гортанного нерва и гипопаратиреоза. При этом следует отметить, что достоверность данных по изучению результатов повторных операций при рецидивном зобе крайне низка, т.к. чаще всего пациент не возвращается в клинику, где была проведена первичная операция.

Большое число исследований посвящено различным методам диагностики возникшего рецидива заболевания, сформирован ряд адекватных диагностических алго-

ритмов [5, 9]. Однако недостаточно чётко представлены возможности и место радиоизотопного и ультразвукового метода диагностики как основных визуализирующих исследований. Нет четкого ответа на вопрос, какой метод более объективен – ультразвуковое исследование или сцинтиграфия остатков ЩЖ. Нужно ли их дублировать и как правильно интерпретировать результаты этих исследований.

Не все однозначно и в тактике лечения РЗ. Большинство хирургов являются сторонниками повторной операции, что наиболее обосновано с учётом высокого процента озлокачествления и отрицательной динамики роста остатков ЩЖ вне зависимости от объёма и типа консервативной терапии. Практически всеми хирургами предлагается единый объём повторной операции – удаление всей оставшейся ткани ЩЖ. Это вероятнее всего наиболее оптимальный объём хирургического вмешательства. Однако даже в специализированных отделениях эндокринной хирургии при проведении повторных операций частота одностороннего пареза верхнего гортанного нерва (ВГН) может достигать 26%, двустороннего – 15%, гипопаратиреоза – 29,6%, кровотечения – 9%.

Настораживает позиция врачей, которые применяют малоинвазивные вмешательства при рецидивном зобе, этаноловые инъекции узлов, которые не избавляют от рецидива заболевания. Эти манипуляции затрудняют проведение повторных операций [10,11].

Из выше изложенного становится очевидным, что сложившаяся на сегодня ситуация в хирургии РЗ требует своего изменения. Это побуждает обратиться к самостоятельному рассмотрению проблемы РЗ.

Мы проанализировали собственные результаты лечения этой категории больных. В хирургическом отделении отделенческой клинической больницы на станции

Гомель Белорусской железной дороги с 1997 по 2006 годы нами было прооперировано 667 пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы: женщин – 560(84%), мужчин – 107(16%). Возраст больных варьировал от 18 до 78 лет. Больных с рецидивным зобом среди них было 37 (5,5%). Изначально пациенты с рецидивным зобом оперированы в сроки от 1 до 16 лет.

Обследование больных включало обязательное определение гормонального и иммунного профиля, проведение ультразвукового и сцинтиграфического исследования. Всем больным проводился осмотр голосовых связок. Рентгенография шеи была выполнена 5 (13,51%) пациентам, тонкоигольная аспирация биопсия произведена 37 (100%) больным. Компьютерная томография выполнена у 5 (13,51%).

При обследовании в дооперационном периоде у 1 (2,7%) пациента установлен односторонний парез ВГН; гипопаратиреоз был у 2 (5,4%).

Хирургическое вмешательство у 29 (78,4 %) из 37 больных выполнено в объеме тиреоидэктомии, у 8 (21,6%) сохранена капсула и не более 1,5 граммов тиреоидной ткани в зоне впадения возвратного гортанного нерва или расположения парашитовидной железы. Во время операции всем больным проводили срочное цитологическое исследование удаленной ткани ЩЖ. В связи со сложностью интерпретации интраоперационных цитологических данных всем больным проводили срочное интраоперационное гистологическое исследование.

Оперативные вмешательства при РЗ довольно сложны и часто после них развиваются серьёзные осложнения. Поэтому мы посчитали необходимым детально описать технику оперативного вмешательства, используемую нами.

Методика операции при рецидивном зобе

Визуализация ВГН при РЗ зобе является наиболее сложной проблемой в хирургии ЩЖ. Частота повреждений ВГН при РЗ может возрастать в 5–7 раз и не зависит от вида заболевания, по поводу которого проводится повторная операция.

Основной принцип, которого необходимо придерживаться при хирургическом лечении РЗ, следующий: если при прямой ларингоскопии у пациента нормально подвижны обе голосовые связки, значит оба ВГН при первичной операции не повреждены, и, следовательно, хирург обязан их выделить и сохранить.

Оценивая значительные изменения топографо-анатомического положения, в котором находится ВГН, следует указать два участка, где положение ВГН сохраняется неизменным:

Первый участок – выход ВГН на шею: треугольник, образованный стенкой трахеи, куполом плевры и общей сонной артерией.

Второй участок – место вхождения нерва в трахею под связкой Бери. Именно здесь проводится поиск ВГН при РЗ.

У большинства больных с РЗ к ткани ЩЖ фиксированы мышцы. Они не подлежат отделению, т.к. это приводит к дополнительному подкраиванию и не имеет принципиального значения в увеличении мобильности ткани ЩЖ.

Долю ЩЖ следует стараться выделить как можно латеральнее, чтобы достигнуть фасциального пространства, в котором при первой операции хирург «не работал». Эта зона, как правило, располагается вдоль сосудистого пучка шеи; при её выделении часто можно столкнуться с короткими венами, отходящими от оставшейся ткани ЩЖ и впадающими во внутреннюю яремную вену. Чётко отследив ход мелких вен

до внутренней яремной вены, следует пересечь их, отступив от принципа «вначале ВГН, затем сосуды», ибо в подобной ситуации другого выхода нет.

Для адекватного и менее травматичного выделения задней поверхности доли ЩЖ и зоны ВГН вводится в сформированную полость марлевый тампон и, активно используя пинцеты, расширяется тампоном полость, постепенно выделяя необходимую зону. Поэтапно хирург приближается к боковой и задней поверхности доли ЩЖ. Начинается поиск ВГН в выделенной зоне (чаще это нижний полюс доли ЩЖ).

Преимущественно в этой зоне во время первой операции удаляется ткань ЩЖ, предполагая, что ВГН находится глубоко и опасность его травмирования небольшая. Обычно можно столкнуться с выраженным рубцовым процессом, который затрудняет поиск ВГН. Однако в большинстве случаев удаётся визуализировать ВГН и начать его выделение сверху. На этом этапе особенности выделения ВГН зависят от заболевания, которое привело к рецидиву. Визуализировав начальный участок ВГН, он выделяется сверху, при этом аккуратно отсекаются латерально расположенные сращения. Мобилизация доли за счёт пересечения сращений позволяет выделить ВГН на всём протяжении до входа в трахею. Осторожно производится экстерпация доли, при этом следует помнить, что в зоне вхождения ВГН в трахею могут также возникнуть затруднения в связи с рубцовым процессом. Проводя удаление доли, обязательно следует выделить пространство выше ВГН и лишь после этого заканчивать экстерпацию.

Сложнее выделять ВГН после операций по поводу многоузлового зоба или диффузно-узловой формы АТ, когда первичный объём операции связан с числом и локализацией узлов. В этих случаях ВГН может быть расположен между узлами, ис-

тончён или разделён на несколько ветвей, что значительно усложняет его поиск. Поэтому начинать следует с активного поиска во втором постоянном месте расположения ВГН – месте его вхождения в трахею под связкой Берри. Поэтапно выделяется связка Берри и бугорок Цекергандля. Часто в поиске этого участка помогает верхняя паращитовидная железа, которая располагается здесь примерно в 60% наблюдений. Осуществлять выделение этой зоны необходимо особенно осторожно, т.к. сосуды изменены и расширены, поскольку обеспечивать функционирование сохраненной при первой операции оставшейся ткани ЩЖ. В большинстве наблюдений именно здесь удаётся визуализировать ВГН. Дальнейшее выделение ВГН проводится книзу, а узлы вместе с тканью ЩЖ смещаются на трахею. Таким образом, прослеживается ВГН ниже ветвей нижней ЩА и только после этого производится экстерпация доли.

Вторая проблема при оперативном лечении рецидивного зоба – сохранение паращитовидных желез. Если при первой операции проводилась резекция нижних полюсов ЩЖ, то в большинстве случаев визуализировать нижние паращитовидные железы не представляется возможным. Учитывая, что в 60% случаев верхние паращитовидные железы располагаются в зоне связки Бери, следует визуализировать хотя бы одну, тщательно сохранив её кровоснабжение. Именно в этих ситуациях можно сохранить часть ткани ЩЖ под паращитовидной железой.

Среди оперированных нами больных в послеоперационном периоде односторонний парез ВГН выявлен у 1 (2,7%) больных, гипопаратиреоз у 2 (5,4%), кровотечение в раннем послеоперационном периоде развилось у 1 (2,7%) пациентов. При гистологическом исследовании озлокачествление в ткани ЩЖ выявлено у 6

(16,21%) пациентов.

Накопленный нами опыт позволяет высказать несколько положений, касающихся данной патологии.

Рецидивный зоб – это продолжение развития заболевания в ткани щитовидной железы в зоне операции. Как правило, причиной РЗ является нерадикально выполненная первичная операция. Генетические и иммунологические предпосылки рецидива заболевания, безусловно, имеют место, однако определение абсолютных показаний к операции и адекватный объем операции – основной метод предотвращения рецидива.

Проявления заболевания в том отделе ЩЖ, который или которые не подвергались первичной операции нельзя считать, по нашему мнению, рецидивным зобом. Рецидив нетоксического зоба в большинстве случаев результат нерадикальной операции.

Обследование больных с РЗ отличается от диагностики первичного заболевания ЩЖ. Информативность ультразвукового исследования несколько снижается. Это обусловлено топографо-анатомическими изменениями в зоне операции, сложностью интерпретации экстроструктуры оставшейся ткани ЩЖ. Ультразвуковое исследование должно проводиться врачом высокой квалификации, который обследует большое число пациентов с изменениями в щитовидной железе, т.к. интерпретация ультразвуковых данных при рецидивном зобе достаточно сложна. Важную роль следует отводить при рецидивном зобе скинтиграфии. Прицельная аспирационная пункционная биопсия под контролем ультразвукового исследования имеет принципиальное значение, т.к. всё-таки большинство больных с РЗ нуждаются в операции. В то же время следует подчеркнуть необходимость проведения обязательного срочного цитологического исследования и срочно-

го гистологического исследования во время операции.

Использование компьютерной томографии показано при расположенной за грудной тканью ЩЖ. С учётом возможностей компьютерной томографии необходимо рентгенологическое исследование пищевода с барием.

Что же касается оперативного лечения рецидивного зоба, хотелось бы ещё раз подчеркнуть – это очень сложные вмешательства и они должны выполняться только хирургами, имеющими большой опыт в этом разделе хирургии.

В заключении считаем необходимым сформулировать несколько общих положений, понимание и разрешение которых позволит существенно улучшить качество лечения больных с патологией щитовидной железы:

- рецидивный зоб – является актуальной проблемой в эндокринной хирургии, требующей своего решения;

- рост частоты патологии ЩЖ, требующей оперативного лечения, сопровождается увеличением количества послеоперационных рецидивов;

- хирургам и эндокринологам необходимо прийти к общему пониманию РЗ, определиться в тактике его диагностики и хирургического лечения;

- назрела потребность в проведении широкой дискуссии печати по вопросам рецидивного зоба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акинчев, А. Л. Возможные причины послеопера-

ционного рецидивного зоба / А. Л. Акинчев, А. Ф. Романчишен // IV Всерос. Конгр. эндокринологов. – СПб., 2001. – С. 256-257.

2. Балаболкин, М. И. Фундаментальная и клиническая тиреодология: руководство / М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанова, В. М. Кремская; под. ред. М. И. Балаболкина. – М., Медицина, 2007. – 814 с.

3. Брейдо, И. С. Тактика хирурга при рецидивном зобе / И. С. Брейдо // Вест. хир. им. Грекова. – 1983. – Т. 130, № 6. – С. 140-143.

4. Послеоперационный рецидивный токсический зоб: методические рекомендации / Л. Н. Камардин [и др.]. – М., 1990. – 11 с.

5. Гоч, Е. М. Рецидивы зоба / Е. М. Гоч // Проблемы эндокринологии. – 1994. – Т. 40, № 3. – С. 35-37.

6. Брейдо, И. С. Хирургическое лечение заболевания щитовидной железы / И. С. Брейдо. – СПб., 1998. – 331 с.

7. Валдина, Е. А. Заболевания щитовидной железы: хирургические аспекты / Е. А. Валдина. – 2-е изд. – СПб., 2001. – 397с.

8. Цариковская, Н. Г. Хирургическое лечение послеоперационных рецидивов тиреотоксикоза / Н. Г. Цариковская, Ф. С. Ткач, Ю. И. Караченцев // Клин. хирургия. – 1984. – Т. 12. – С. 7-9.

9. Седов, В. Н. Профилактика рецидивного зоба: пособие для врачей / В. Н. Седов, Ю. И. Седлецкий. – СПб., 1999. – 18 с.

10. Абдулхаликов, А. С. Прецизионная этанол-деструкция токсической аденомы щитовидной железы // Материалы IV Всерос. тиреодолог. конгр. – М., 2007. – С. 4.

11. Климченков, А. П. Опыт этаноловой деструкции тиреоидных узлов // IV Всероссийский конгр. эндокринологов / А. П. Климченков, А. С. Кузьмичев. – СПб., 2001. – С. 315.

Адрес для корреспонденции

246000, Республика Беларусь,
г. Гомель, ул. Ланге, д. 5 а,
Гомельский государственный
медицинский университет,
кафедра хирургических болезней №3,
Шебушев Н.Г.

Поступила 24.11.2008 г.