

УДК 616.441-006.5-089

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА

А.Ю.ЦУРКАН

Воронежская областная клиническая больница №1 Московский проспект, 151, г. Воронеж, 394066,
e-mail: TsurkanAngelika@yandex.ru

Аннотация: нами изучены результаты хирургического лечения 254 больных с различными формами зоба оперированных в Воронежской областной клинической больнице №1. Рецидивный зоб после операции развился у 45 (17,7%) пациентов, из них с симптомами тиреотоксикоза у 10 (22,2%) больных, без признаков тиреотоксикоза у 32 (71,1%), аутоиммунный тиреоидит – у 3 (6,6%) человек. Наибольшее количество рецидивов 26,7% установлено через 10 лет после операции. Профилактика рецидивного зоба заключается в выполнении первичного радикального лечения при узловых образованиях щитовидной железы и диффузном токсическом зобе – тиреоидэктомии или предельно-субтотальной резекции щитовидной железы, назначении в послеоперационном периоде адекватной заместительной терапии тиреоидными гормонами под контролем уровня тиреотропного гормона и свободного тироксина.

Ключевые слова: лечение рецидивного зоба.

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF RECURRENT GOITER

A.Y.TSURKAN

Voronezh Regional Clinical Hospital №1

Abstract: the authors studied the results of surgical treatment of 254 patients with different forms of goiter operated in the Voronezh regional clinical hospital №1. Recurrent goiter after the operation has developed in 45 (17,7%) patients of them, with symptoms of thyrotoxicosis in 10 (22,2%) patients, without signs of thyrotoxicosis in 32 (71,1%), autoimmune thyroiditis - 3 patients (6,6%) people. The largest number of relapses (26,7%) were established in 10 years after the operation. Prevention of recurrent goiter includes: the primary radical treatment under the nodular lesions of the thyroid gland and in the case of diffuse toxic goiter - a thyroidectomy or maximum subtotal resection of the thyroid gland; the appointment in the postoperative period adequate substitution therapy of thyroid hormones under the control of the level of thyroid-stimulating hormone and free thyroxine.

Key words: treatment of recurrent goiter.

Проблема рецидивного зоба остается актуальной, несмотря на многочисленные исследования ученых ведущих клиник. Количество операций на щитовидной железе сохраняется на высоком уровне. Число больных с рецидивами колеблется от 0,3 до 21,5%.

Причины возникновения рецидивов у больных с заболеваниями щитовидной железы различны. Главный фактор, провоцирующий рецидив многоузловатого эутиреоидного зоба, по мнению ряда авторов – это неадекватно выполненное оперативное пособие [2,4,14]. Черкасов В.А. с соавт. считает, что возникновение рецидива зоба не зависит от объема выполненной операции. Авторы выделяют следующие факторы, влияющие на формирование рецидива: отсутствие адекватной терапии L-тироксином в послеоперационном периоде и в половине наблюдений наличие у пациентов лимфоидной инфильтрации. Своевременное назначение супрессивной терапии по данным Черкасова В.А. с соавт. позволило снизить частоту рецидивного зоба с 8,2 до 2,5%. [9]. Кононенко С.Н., утверждают, что в патогенезе разви-

тия рецидива главную роль играет не объем выполненной операции, а этиология и морфологическая структура узлового образования [3]. Ветшев П.С. с соавт., ретроспективно изучив 214 больных с рецидивным узловым зобом, в качестве причин рецидива приводит неустраненность первичных патологических факторов, неадекватную, а иногда отсутствующую профилактическую терапию препаратами йода, недостаточный объем операции [2]. Широко рассматривает проблему Кузнецов Н.С. с соавт. Кроме вышеперечисленных факторов он уделяет внимание зобным изменениям перинодулярной ткани щитовидной железы [4]. Оленева И.Н. в своем исследовании обращает внимание на факторы, которые predispose к развитию рецидива узлового зоба: возраст 45-50 лет, женский пол, отягощенная наследственность по патологии щитовидной железы, стаж заболевания более 10 лет, наличие патологии желудочно-кишечного тракта, хронической анемии, повышенный уровень тиреотропного гормона до оперативного вмешательства [6]. Phitayakorn R., McHen-

гу С.Р., отмечают необходимость назначения в послеоперационном периоде L-тироксина для предотвращения рецидива заболевания у пациентов с различным объемом операции, проживающих в йододефицитном регионе [13].

У больных, оперированных по поводу диффузного токсического зоба рецидив тиреотоксикоза возникает только после традиционной субтотальной резекции (табл. 1). Патогенез тиреотоксикоза при диффузном токсическом зобе связан не с большим объемом гиперфункционирующей ткани, а с циркулирующей стимулирующей щитовидной железой антигенов. Поэтому при субтотальных резекциях щитовидной железы в организме остается тиреоидный остаток, который является «мишенью» для антител к рецепторам тиреотропного гормона [7]. Частота рецидивов тиреотоксикоза варьирует от 0,6 до 15,2% [5,10,12], и возрастает с увеличением срока наблюдения. Балаболкин М.И. с соавт., отмечает, что если первые 5 лет после хирургического лечения диффузного токсического зоба рецидивы наблюдаются у 5-10% больных, то через 10-15 лет – более чем у 50% больных [1]. Курихара Х. в своей работе показывает, что частота рецидивов в течение первых 5 лет после операции у больных с тиреоидным остатком 6,2 г равнялась 3%, у больных с тиреоидным остатком 3,1 г – 1,9%. Частота рецидивов через 10 лет после операции была 6,1% и 4,3% соответственно. Через 20 лет после операции уровень рецидивов у больных диффузным токсическим зобом с тиреоидным остатком 6,2 г составил 8,5% [5].

Цель исследования – провести анализ причин развития рецидивного зоба и разработать комплекс лечебных и профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Нами изучены результаты хирургического лечения 254 больных с различными формами зоба оперированных в Воронежской областной клинической больнице №1. Рецидивный зоб после операции развился у 45 (17,7%) пациентов. Женщин было 42 (93,3%), мужчин – 3 (6,7%). Клинические симптомы рецидивного зоба соответствовали симптомокомплексу предшествовавшему первичной операции, при этом выраженность тиреотоксических проявлений была сглажена.

Обследование больных рецидивным зобом включало: клинические, лабораторные, радиоизотопные, ультразвуковые, рентгенологические методы исследования, в том числе компьютерную и магнитно-резонансную томографию при загрудинной локализации зоба. Ультразвуковое исследование щитовидной железы проводили на аппарате «Voluson 730 - pro» с использованием линейного датчика частотой от 6 МГц до 12 МГц в режиме реального времени с использованием цветного и энергетического доплеровского картирования кровотока, исследованием регионарным лимфатическими узлами. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия проводи-

лась под ультразвуковым контролем по так называемой методике «свободной руки (free hand)», без использования насадок для иглы на ультразвуковой датчик. В случае попадания избыточного количества крови осуществляли повторные пункции, до получения достаточного количества клеточного материала. Перед микроскопированием препарат окрашивался гематоксилином и эозином. Микроскопирование проводили на аппарате «OLYMPUS CX 21», а также на микроскопе исследовательского класса AXIO Imager. A1, фирма «Karl ZESS» (Германия). При выполнении цитологического исследования материал окрашивали азур-метиленовым синим типа Лейшмана. Цитологические заключения делали на основании цитологической классификации неопухолевых заболеваний щитовидной железы и цитологической классификации опухолей щитовидной железы. При неинформативном результате пункция щитовидной железы проводилась повторно. Заключения после гистологического исследования делали с использованием международной гистологической классификации опухолей щитовидной железы ВОЗ (№11, 2-й пересмотр, 1986 г.). Тонкоигольная пункционная биопсия позволяла выявить аденоматозные узлы, исключить злокачественный рост, выбрать тактику дальнейшего лечения.

Таблица

Частота послеоперационных рецидивов

Автор, год, страна	Объем операции	Количество больных	Рецидив, %
Частота послеоперационных рецидивов у больных МУЭЗ			
Moalem J. с соавт., 2008, США, [11]	Т	1179	0,3
	СР	532	42
Tezelman S. с соавт., 2009, Турция, [15]	Т	1695	не выявлен
	СР	1211	7,1
Vaiman M. с соавт., 2008, Израиль, [16]	Т	3834	не выявлен
	ПСП	151	5,9
	СР	2238	21,5
Частота послеоперационных осложнений у больных ДТЗ			
Курихара Х., 2006, Япония, [5]	ПСП	187	не было
	СР	205	3,0%
Харнас С.С. с соавт., 2007, Россия, [8]	Т	40	не было
	СР	85	4,7%
Palit T.K. с соавт., 2000, США, [12]	Т	538	не было
	СР	6703	7,9%

Примечание: Т – тиреоидэктомия, ПСП – предельно-субтотальная резекция, СР – субтотальная резекции

Сцинтиграфия проводилась на сцинтилляционной гамма-камере «МВ - 9200». Использовали коллиматор высокого разрешения для низких энергий «Pin hole». Радиофармпрепарат – технеций 99m вводили внутривенно. При анализе сцинтиграмм оценивали форму, контуры щитовидной железы, интенсивность накопления и равномерность распределения радиофармпрепарата, наличие или отсутствие

аномальных очагов накопления. Радиоизотопное исследование щитовидной железы с радиоактивным технецием позволяло выявлять участки с выраженной функциональной автономией – «горячие узлы», охарактеризовывать функциональную активность окружающей ткани. При диффузном токсическом зобе отмечалось равномерное повышенное поглощение радиофармпрепарата. Рентгенологическое исследование переднее-верхнего средостения с контрастированием пищевода барием выполнялось на рентгеновском аппарате «Диагност 57», назначался пациентам при компрессионном синдроме, при подозрении по данным пальпации и УЗИ щитовидной железы на загрудный зоб. Компьютерную томографию шеи и средостения проводили на аппарате «Toshiba Aquilion 64», магнитно-резонансную томографию – на «GE Signa Excite 1,5 T». Эти исследования позволяли оценить степень распространения зоба в средостение. Их назначали больным при подозрении на компрессионный синдром.

Статистический анализ данных выполнялся с использованием пакета программ Statistica 9.1 (StatSoft, Inc., США). Анализ времени до рецидива проводился с применением метода Kaplan-Meier. Полными считались наблюдения с рецидивом, цензурированными – наблюдения без рецидива. При проверке гипотез статистически значимыми результаты считались при достигнутом уровне значимости $P < 0,05$.

Рецидивный зоб с симптомами тиреотоксикоза установлен у 10 (22,2%) больных, из которых 7 были с диффузным токсическим зобом и 3 – со смешанным тиреотоксическим зобом. Рецидивный зоб без признаков тиреотоксикоза выявлен у 32 (71,1%), аутоиммунный тиреоидит – у 3 (6,6%) человек. Наибольшее количество рецидивов 26,7% установлено через 10 лет после операции.

Результаты и их обсуждение. При анализе выполненных первичных операций у больных с узловыми образованиями щитовидной железы выявлено, что рецидивный зоб диагностирован у 48,9% больных после частичных резекций, после субтотальной резекции щитовидной железы рецидивный зоб развился в 17,8% случаев, после гемитиреоидэктомии с субтотальной резекцией другой доли – у 11,1% больных. Рецидивов заболевания не выявлено после предельно-субтотальной резекции и тиреоидэктомии. При узловых формах зоба рецидив возникает из-за появления новых или роста недиагностированных во время первичной операции мелких узлов.

При диффузном токсическом зобе рецидив обнаружен у пациентов оперированных в объеме субтотальной резекции щитовидной железы. Причинами рецидива при диффузном токсическом зобе стало нерадикальное удаление тиреоидной ткани, избыточная стимуляция тиреоидного остатка тиреотропным гормоном гипофиза с увеличением массы

оставшейся части ЩЖ при некомпенсированном послеоперационном гипотиреозе.

Повторная операция выполнялась пациентам с рецидивом узлового зоба при подозрении на злокачественный процесс, фолликулярную опухоль, при многоузловом тиреотоксическом зобе, при выявлении загрудного расположения рецидивного зоба. В случае рецидива диффузного токсического зоба повторная операция была проведена при больших размерах зоба, наличии противопоказаний к антигипертиреозной терапии и лечению радиоактивным йодом.

Морфологическая структура рецидива узлового зоба совпала с результатами первичного гистологического исследования в 62,7% случаях. У остальных 37,3% пациентов выявлена другая морфологическая структура узловых образований. Данный факт свидетельствует о том, что оставленная ткань щитовидной железы потенцирует появление, как рецидива заболевания, так и развитие нового заболевания тиреоидного остатка. При этом у 3,5% больных существует вероятность развития рака щитовидной железы после органосохраняющих операций.

При рецидивном зобе повторная операция выполнялась в объеме тиреоидэктомии или предельно-субтотальной резекции щитовидной железы. В послеоперационном периоде установлено, что односторонняя травма возвратного нерва была у 4,4% пациентов, раннее послеоперационное кровотечение – у 2,2%, транзиторный гипопаратиреоз – у 4,4%.

Выводы:

1. К основным факторам, определяющим риск послеоперационных рецидивов можно отнести неадекватно выполненное оперативное пособие, некомпенсированный послеоперационный гипотиреоз, наличие зобных изменений в окружающей узлы ткани щитовидной железы.

2. Профилактика рецидивного зоба заключается в выполнении первичного радикального лечения при узловых образованиях щитовидной железы и диффузном токсическом зобе – тиреоидэктомии или предельно-субтотальной резекции щитовидной железы, назначении в послеоперационном периоде адекватной заместительной терапии тиреоидными гормонами под контролем уровня тиреотропного гормона и свободного тироксина.

3. Больным, оперированным на щитовидной железе, требуется диспансерное наблюдение не менее 10 лет, так как наибольшее количество рецидивов развиваются именно в течение этого времени.

Литературы

1. Балаболкин, М.И. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба и возможности прогнозирования его результатов / М.И. Балаболкин // Проблемы эндокринологии. – 2000. – Т. 46. – №4. – С. 34–38.
2. Ветшев, П.С. Повторные операции на щитовидной железе при узловом зобе / П.С. Ветшев,

К.Е. Чилингари, Д.А. Банний // Хирургия.– 2004.– №8.– С. 37–40.

3. Кононенко, С.Н. Хирургическая тактика при доброкачественных узловых образований щитовидной железы / С.Н. Кононенко // Хирургия.– 2001.– №11.– С. 24–27.

4. Кузнецов, Н.С. Отдаленные результаты хирургического лечения больных многоузловым эутиреоидным зобом / Н.С.Кузнецов, В.Э.Ванушко, В.В. Воскобойникова // Хирургия.– 2001.– №4.– С. 4–9.

5. Курихара, Х. Оперативное лечение болезни Грейвса: суперсубтотальная резекция щитовидной железы / Х. Курихара // Вестник хирургии.– 2006.– Т. 165.– №3.– С. 28–30.

6. Оленева, И.Н. Оптимизация реабилитационных мероприятий у больных, оперированных по поводу узлового нетоксического зоба: Дис. канд. мед. наук / И.Н. Оленева.– Кемерово, 2002.– 130 с.

7. Фадеев, В.В. Болезнь Грейвса / В.В. Фадеев // Русский медицинский журнал.– 2002.– Т. 10.– № 27 (171).– С. 1262–1265.

8. Харнас, С.С. Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы 16 Российского симпозиума с международным участием по хирургической эндокринологии, Саранск, 18–20 сентября 2007 / С.С. Харнас, Л.И. Ипполитов, С.К. Мамаева.– Саранск, 2007.– С. 255–256.

9. Черкасов, В.А. Диагностика, лечение и профилактика послеоперационного рецидивного узлового зоба / В.А. Черкасов // Хирургия.– 2004.– №4.– С. 20–23.

10. Ku, C.F. Total thyroidectomy replaces subtotal thyroidectomy as the preferred surgical treatment for Graves' disease / Ku C.F., Lo C.Y., Chan W.F. // ANZ J. Surg.– 2005.– Vol. 75.– N 7.– P. 528–531.

11. Moalem, J. Treatment and prevention of recurrence of multinodular goiter: an evidence-based review of the literature / J.Moalem, I.Suh, Q.Y. Duh // World J. Surg.– 2008.– Vol. 32.– N 7.– P. 1301–1312.

12. Palit, T.K. The efficacy of thyroidectomy for Graves' disease: A meta-analysis / T.K.Palit, C.C. Miller, D.M. Miltenburg // J. Surg. Res.– 2000.– Vol. 90.– N 2.– P. 161–165.

13. Phitayakorn, R. Follow-up after surgery for benign nodular thyroid disease: evidence-based approach / R.Phitayakorn, C.R. McHenry // World J. Surg.– 2008.– Vol.32.– N 7.– P. 1374–1384.

14. Snook, K.L. Recurrence after total thyroidectomy for benign multinodular goiter / K.L. Snook// World J. Surg.– 2007.– Vol. 31.– N 3.– P. 593–598.

15. Tezelman, S. The change in surgical practice from subtotal to near-total or total thyroidectomy in the treatment of patients with benign multinodular goiter / S.Tezelman, I.Borucu, Y. Senyurek // World J. Surg.– 2009.– Vol. 33.– N 3.– P. 400–405.

16. Vaiman, M. Subtotal and near total versus total thyroidectomy for the management of multinodular goiter / M.Vaiman, A.Nagibin, P.Hagag // World J. Surg.– 2008.– Vol.32.– P. 1546–1551.

УДК: 618.15-002:616.379-008.64

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛЬПИТОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И.Н. КОРОТКИХ, Т.В.АНИСИМОВА, В.Ю.БРИГАДИРОВА

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н.Бурденко, ул. Студенческая, 10, Воронеж, 394030, e-mail: valeria_brig@mail.ru

Аннотация: в статье приводятся результаты лечения хронических кольпитов, вызванных *Candida albicans* женщин с сахарным диабетом I–II типов. Цель работы: доказать эффективность комплексного подхода к лечению (местная терапия совместно с системными препаратами и иммуномодулятором Полиоксидонием при рецидивирующих кольпитах). При сахарном диабете отмечается не только увеличение глюкозы в моче и клетках влажного эпителия, но и дистрофия последнего. Субстратом для питания бактерий служит выделяемый слизистой влажной гликоген. Это способствует размножению дрожжеподобных грибов, их внедрению в клетки эпителия и его разрушению с формированием эрозий. Отмечено, что хронический кольпит на фоне сахарного диабета часто даёт рецидивы после лечения. Добавление к терапии Полиоксидония позволяет, быстро и эффективно добиться наряду с коррекцией иммунологических нарушений, быстрее нормализовать показатели углеводного обмена и более эффективно купировать клинические проявления кольпита. Клинико-иммунологические эффекты сохраняются, по меньшей мере, до 6 месяцев.

Ключевые слова: хронический кольпит, сахарный диабет, Полиоксидоний, *Candida albicans*.