

© БЕЛОБОРОДОВ В.А., ОЛИФИРОВА О.С., СААЯ А.Т., ШЕВЧЕНКО С.П., МАНЬКОВСКИЙ В.А., ЕСЕЛЕВИЧ О.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕЦИДИВНОГО ЗОБА

В.А. Белобородов, О.С. Олифирова, А.Т. Саая, С.П. Шевченко,
В.А. Маньковский, О.В. Еселевич

Красноярская государственная медицинская академия (ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; Амурская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. В.А. Доровских; МУЗ ГКБ №1 г. Новосибирска, гл. врач – В.Ф. Коваленко

Резюме. *Представлены результаты обследования и лечения 565 больных с послеоперационным рецидивным зобом (ПРЗ). Уточнены основные причины развития, особенности проявлений, обоснована необходимость диспансерного наблюдения и медикаментозной коррекции, индивидуализация лечебной тактики при ПРЗ.*

Ключевые слова: *послеоперационный рецидивный зоб, проблемы, диагностика, лечение.*

Послеоперационный «рецидивный» зоб (ПРЗ) выявляется с разной частотой, достигая 49% от числа всех оперированных больных. Значительный диапазон величин этого показателя можно связать с нечеткой формулировкой понятия ПРЗ [1, 2, 3, 4, 6, 7]. Вместе с тем, о рецидиве заболевания можно говорить в тех случаях, когда повторно выявляются, уже имевшиеся патологические морфофункциональные изменения после их полной ликвидации. В понятии ПРЗ не всегда имеется такое соответствие, и в эту группу часто объединяют разные по характеру варианты патологии.

Многие [6, 7] считают рецидивом повторное появление заболевания, по поводу которого выполнена первичная операция. Вновь возникшие заболевания щитовидной железы (ЩЖ) являются ее новой патологией. По мнению других [10], ПРЗ – собирательное понятие, которое характеризуется появлением патологических симптомов у больных, перенесших операцию на ЩЖ, и является неудовлетворительным результатом операции.

В настоящее время деление на «истинные» и «ложные» рецидивы считается условным и непринципиальным ввиду отсутствия точных критериев их определения. При этом многие выделяют понятие «новое заболевание тиреоидного остатка» (ТО), которое возникает в оставшейся ткани оперированной доли ЩЖ и отличается по гистоструктуре от предыдущего [1, 2, 3, 6, 8, 10].

Существует комплекс вероятных причин возникновения ПРЗ. В первую очередь к нему относят недоучет результатов дооперационного обследования и нечеткие показания к первичной операции [9, 11]. Техническими причинами могут быть: неадекватная ревизия оставляемой тиреоидной ткани; «экономные» резекции ЩЖ; «имплантационные» рецидивы; выбор объема операции без учета особенной гистоструктуры ЩЖ и интратиреоидных образований. Ведущей причиной ПРЗ многие считают выполнение «экономных» первичных операций ЩЖ [1, 2, 11]. Другие являются сторонниками «щадящих» органосохраняющих операций на ЩЖ [7, 8], аргументируя развитием послеоперационного гипотиреоза. К числу гистоструктурных особенностей, способствующих развитию ПРЗ, относят многоузловой коллоидный зоб, аденоматоз ЩЖ, аутоиммунный тиреоидит (АИТ), склонность к избыточной пролиферации и кистозно-узловой дегенерации в оставшейся ткани ЩЖ [5, 7, 10, 11]. Многими отмечена роль гипотиреоза, недостаточного послеоперационного диспансерного наблюдения и неадекватной медикаментозной коррекцией в развитии ПРЗ [3, 5, 6, 7, 9, 11]. Продолженное действие зобогенных факторов способствует раз-

витию в тиреоидном остатке той же патологии, что имела место до операции [1, 2, 4, 6, 7].

Таким образом, основными причинами возникновения ПРЗ могут являться ошибки в выборе показаний и объема операции, некоторые особенности гистоструктуры ЩЖ, продолженное действие зобогенных факторов, неадекватное послеоперационное диспансерное наблюдение и лечение.

Материалы и методы

Для уточнения причин возникновения ПРЗ и разработки мер его профилактики и лечения, исходя из реальных условий природного йододефицита, проведен анализ данных обследования и лечения 565 больных с ПРЗ в хирургических отделениях Красноярской краевой клинической больницы, Амурской областной клинической больницы и Новосибирской городской клинической больницы №1. При обследовании больных с ПРЗ дополнительно оценивали гормональные показатели (ТТГ, Т3, Т4), результаты ультразвукового исследования (УЗИ), рентгеновской компьютерной (РКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) ЩЖ под контролем УЗИ, сканирования ЩЖ, рентген-контрастного исследования пищевода, послеоперационного планового гистологического исследования. При статистическом сравнительном анализе полученных данных использовали «t»-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение

В группе обследованных больных (565) с ПРЗ преобладали женщины (92,6%) в возрасте 41-60 (61,2%) лет. Рецидив зоба обнаружен в течении первых 5 лет – у 301 (53,3%) больных, свыше 5 – у 264 (46,7%). У первых патология чаще (68,8%) была выявлена в «неоперированных» отделах ЩЖ, а у вторых – одинаково часто как в «зоне операции» (51,5%), так и в других отделах ЩЖ (48,5%). Из 497 больных, у которых удалось устано-

вить особенности семейного анамнеза по архивным данным, только 378 (76,1%) являлись уроженцами указанных регионов, а 71 (14,3%) – прожили в ней более 10 лет. Тиреоидная патология была отмечена среди ближайших родственников у меньшей части (23,1%) больных. Первичные операции у большинства (82,1%) больных ПРЗ были выполнены в неспециализированных лечебных учреждениях.

При гистологическом исследовании после первой операции у 41 (7,3%) больных установлен узловой/многоузловой/диффузный токсический зоб (ТЗ), у 383 (67,8%) – узловой/многоузловой эутиреоидный зоб (УЭЗ), у 12 (2,1%) – АИТ, у 2 (0,3%) – хронический тиреоидит Риделя (ХТР), у 56 (9,9%) – аденома ЩЖ (АЩЖ), у 15 (2,7%) – рак щитовидной железы (РЩЖ) и у 56 (9,9%) – данные неизвестны. При этом трудно исключить вероятность ошибок в интерпретации первичных морфологических материалов у больных, перенесших оперативное лечение в неспециализированных лечебных учреждениях.

Результаты проведенного анализа клинического материала показали, что сроки выявления ПРЗ не всегда являются достоверными признаками его истинного или ложного характера и достаточно условны. Частота выявления ПРЗ во многом определяется сроками динамического наблюдения. Возможно, этим можно объяснить большее число выявленных рецидивов ТЗ в первые годы после операции по сравнению с другими формами ПРЗ. Ранее и мы считали, что выявление узлов, расположенных за грудиной или у верхних полюсов долей ЩЖ, на стороне бывшей операции, независимо от сроков их возникновения, обычно свидетельствует об истинности рецидива. В последние годы многие наши наблюдения свидетельствуют о том, что рецидив заболевания в доле, не подвергшейся операции, нередко является ложным, а в части случаев обусловлен ошибочной интраоперационной оценкой состояния ЩЖ и чаще обнаруживается в течении 3 лет после предыдущей операции. Обнаружение значимых отличий в гистоструктуре

образований ЩЖ после первичной и повторной операции может свидетельствовать о новой патологии тиреоидного остатка или ошибке первичного гистологического исследования. Кроме того, верифицирование РЩЖ в зоне бывшей операции в ближайшие 3 – 5 лет чаще подтверждает продолженный рост опухоли.

Ранее и мы сообщали, что у больных после операции на ЩЖ для профилактики и своевременной диагностики ПРЗ большое значение имеет адекватное диспансерное наблюдение и необходимая медикаментозная коррекция. Достоверные сведения о диспансерном учете нами получены у 483 из 565 больных с ПРЗ. В результате 165 из 483 (34,2%) больных систематически (1-2 раза в год) наблюдались у эндокринолога, 147 (30,4%) – эпизодически (1 раз в несколько лет) и 171 (35,4%) – не наблюдались у врача.

Для раннего выявления ПРЗ и своевременного выбора верной лечебной тактики нами предложен алгоритм диспансерного наблюдения больных, оперированных по поводу разных заболеваний ЩЖ (рис. 1)



Рис. 1. Алгоритм диспансерного наблюдения оперированных больных с различными заболеваниями ЩЖ.

Осмотр хирурга-эндокринолога необходимо проводить ежегодно. Как показывают результаты наших исследований, наиболее значимые изменения в тиреоидном остатке устанавливаются в первые 3 месяца и завершаются к концу первого года после операции. Поэтому важным является выявление первичных размеров тиреоидного остатка и оценка его структуры, а затем динамическое наблюдение за его состоянием. В последующем УЗИ рекомендуется выполнять ежегодно. При обнаружении УЗИ-признаков ПРЗ необходима ТАПБ для уточнения характера патологии, а при подозрении на функциональную автономию или РЩЖ – сцинтиграфию. При отсутствии динамики роста ранее верифицированного УЭЗ проведение ТАПБ не обязательно.

Основными задачами послеоперационной диспансеризации являются: мониторинг функционального статуса ЩЖ и коррекция гипотиреоза; контроль состояния тиреоидного остатка; компенсация недостатка йода и микроэлементов в условиях зобной эндемии; выбор лечебной тактики при выявлении ПРЗ.

При ретроспективной оценке эффективности послеоперационной терапии препаратами гормонов ЩЖ (L-тироксин, эутирокс) у 483 больных с ПРЗ показал, что у 34 (22,4%) – она выполнялась и была адекватной, у 25 (16,4%) – она проводилась, но была недостаточной и у 93 (61,2%) – терапия не применялась. Следовательно, у большинства больных с ПРЗ в первые годы после операции повторное заболевание могло быть обусловлено неадекватным объемом операции, особенностями расположения образова-

ний ЩЖ и гипотиреозом. Наиболее вероятной причиной поздних формы ПРЗ или новой патологии ЩЖ является продолженное действие зобогенных факторов.

С целью оптимизации послеоперационной реабилитации больных с разными заболеваниями ЩЖ, профилактики их рецидива, выбора адекватной лечебной тактики при ПРЗ нами разработан и применен соответствующий алгоритм (рис.2), который основан на определении объема тиреоидного остатка, функционального состояния ЩЖ и данных ТАПБ. При малых размерах тиреоидного остатка (до 10 мл) и наличии признаков гипотиреоза показана заместительная терапия препаратами тироксина, при эутиреозе достаточно назначения препаратов йода. При появлении узловых образований необходима ТАПБ и в случаях отсутствия малигнизации, функциональной автономии и противопоказаний к гормональной терапии целесообразна супрессивная терапия препаратами тироксина. При уменьшении размеров узлов или их стабилизации необходимо продолжить медикаментозное лечение и наблюдение, при отрицательной динамике (рост узлов с компрессией органов шеи, косметический дефект, подозрение на рак или РЩЖ) показана повторная операция. В случаях рецидива ТЗ обязательна тиреостатическая терапия, и если она неэффективна устанавливаем показания к повторной операции.



Рис. 2. Алгоритм послеоперационной реабилитации больных с разными заболеваниями ЩЖ.

Из всех 565 больных с ПРЗ повторно оперированы 406 (71,9%). Консервативная терапия предпринята 134 (23,7%) больным. У 25 (4,4%) больных ПРЗ с высоким риском послеоперационных специфических осложнений, узловым образованием ЩЖ до 3,0 см в диаметре при исключении РЩЖ по данным цитологического исследования успешно была применена этаноловая деструкция.

Индивидуальный выбор лечебной тактики строится с учетом факторов, способствующих ПРЗ, травматичности повторного вмешательства и риска специфических осложнений. Показаниями к операции при ПРЗ считали: прогрессирующий рост узлового образования и признаки компрессии органов шеи, подозрение на РЩЖ, верифицированные аденомы и РЩЖ. Показаниями к повторной операции при рецидиве ТЗ считали: непереносимость, неэффективность или осложнения тиреостатической терапии, частые рецидивы тиреотоксикоза, автономные образования в ЩЖ, компрессия органов шеи. Учитывая частое выявление ПРЗ после «экономных» ре-

зекций ЩЖ, выбор объема операции имел принципиальное значение: при односторонней локализации ПРЗ выполняли гемитиреоидэктомию (ГТЭ), при двухсторонней – предельно-субтотальную резекцию (ПСР) ЩЖ или тиреоидэктомию (ТЭ). Вопрос об объеме операции и количестве оставляемой ткани при ТЗ до сих пор остается дискуссионным. Мы, как и многие, считаем, что целью оперативного лечения ДТЗ должен быть эутиреоз или гипотиреоз, что достигается тиреоидэктомией или предельно-субтотальной резекцией ЩЖ. Такая тактика обоснована особенностями аутоиммунных механизмов в развитии и течении ДТЗ, при котором ЩЖ становится «мишенью» для аутоантител. При рецидивах ТЗ объем операции всегда максимальный.

При гистологическом исследовании после повторных операций у 12 из 406 (3,0%) больных установлен ТЗ, у 250 (61,6%) – УЭЗ, у 16 (3,9%) – АИТ, у 3 (0,7%) – ХТР, у 2 (0,5%) – подострый тиреоидит Де Кервена (ПОТ), у 94 (23,2%) – АЩЖ и у 29 (7,1%) – РЩЖ. Из 15 больных первично оперированных по поводу рака ЩЖ у 5 при повторном морфологическом исследовании установлен УЗ, у 2 – АИТ, у 3 – АЩЖ и у 5 – РЩЖ. Среди 29 больных РЩЖ после повторной операции у 10 при первичном морфологическом исследовании был установлен УЭЗ, у 3 – АИТ, у 10 – АЩЖ и только у 6 – РЩЖ. Следовательно, РЩЖ при повторном морфологическом исследовании обнаружен у 23 (79,3%) больных ранее оперированных по поводу доброкачественных заболеваний, в 6 (20,7%) – по поводу РЩЖ.

Ранние послеоперационные осложнения имели место у 12 (3,0%) из 406 оперированных больных (у 9 отмечен транзиторный парез гортанного нерва, у 3 – транзиторный гипопаратиреоз). Послеоперационные функциональные нарушения были купированы консервативными мероприятиями у всех больных в сроки от 2 до 12 месяцев.

У 134 больных с ПРЗ оперативное лечение не проведено из-за высокого риска специфических осложнений или отсутствия абсолютных показаний к операции (доброкачественные солитарные образования до 1,5 см в диаметре). Результатами консервативной терапии УЗ явились уменьшение (29,1%) и стабилизация размеров (56,7%) роста узловых образований.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что ПРЗ возникает в разные сроки после операции и может повторять характер предшествующей патологии или являться новым заболеванием тиреоидного остатка. В части наблюдений ПРЗ может быть следствием ошибок в выборе варианта первой операции, особенностей гистоструктуры ЩЖ, продолженного действия зобогенных факторов и отсутствия медикаментозной коррекции. При анализе этих данных становится понятной необходимость диспансерного наблюдения и медикаментозной коррекции у больных, перенесших операцию на ЩЖ. Во всех случаях ПРЗ выбор лечебной тактики индивидуален, а показания к повторной операции необходимо веско аргументировать. Комплексное решение проблемы, основанное на выборе адекватного объема первичной операции, обязательного диспансерного наблюдения с использованием средств консервативной коррекции, индивидуальной лечебной тактика при ПРЗ позволит снизить риск развития повторного заболевания, предотвратить необоснованные операции и уменьшить число специфических послеоперационных осложнений.

MODERN PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE RELAPSE OF GOITRE

A. Beloborodov, O.S. Olifirova, A.T. Saaja, S.P. Shevchenko,
V.A. Mankovskij, O.V. Eselevich
Krasnoyarsk state medical academy

Results of examination and treatment of 565 patients with postoperative relapse of goitre are given. Main causes of development, features of manifesta-

tions are specified, necessity of regular medical check-up, medical correction and individualization of medical tactics in postoperative relapse of goitre were proved.

Литература

1. Агаев Р.А., Гарагезова А.Р., Заманов Р.М. и др. Рецидив узлового зоба: диагностика и хирургическое лечение // Совр. аспекты хир. эндокринол. – СПб, 2003. – С. 3-5.
2. Акинчев А.Л. Рецидивный послеоперационный зоб и рак щитовидной железы // Диагностика и лечение узлового зоба. – М., 2004. – С. 70.
3. Александров Ю.К., Могутов М.С., Сихурулидзе Э.Н. Профилактика, раннее выявление и активное лечение больных с рецидивным узловым зобом // Совр. аспекты хир. эндокринол. Лекции. – СПб., 2003. – С. 8-13.
4. Андриюков Б.Г., Кику П.Ф. Влияние йоддефицита на распространенность аутоиммунного дефицита в Приморском крае // Дальневосточный мед. журнал. – 2004. – №3. – С. 44-47.
5. Белобородов В.А., Пинский С.Б. Некоторые спорные вопросы послеоперационных рецидивов заболеваний щитовидной железы // Совр. аспекты хир. эндокринол. – СПб., 2003. – С. 25-28.
6. Бондаренко В.О. Накашидзе Э.Р., Коваленко Т.И. и др. Рецидивный зоб: современные аспекты диагностики и хирургического лечения // Совр. аспекты хир. эндокринол. – СПб., 2003. – С. 37-41.
7. Ветшев П.С., Чилингарики К.Е., Банный Д.А. и др. Повторные операции на щитовидной железе при узловом эутиреидном зобе // Хирургия. – 2004. – №8. – С. 37-40.
8. Евменова Т.Д. Щадящий подход к объему операций на щитовидной железе в условиях эндемии и промышленной загрязненности. – Кемерово, 2001 – 147 с.

9. Селиверстов О.В. Медикаментозное лечение послеоперационного рецидивного зоба / О.В. Селиверстов // Совр. аспекты хир. эндокринол. – СПб, 2003. – С. 203-207.
10. Хирургическая эндокринология: руководство / Под ред. А.П. Калинин, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшев. – СПб.: Питер, 2004. – С. 84-268.
11. Шулутко А.М., Семиков В.И., Иванова Н.А. и др. Рецидивный зоб и пути его профилактики // Рос. мед. журнал. – 2002. – №3. – С. 17-19.