

УДК 616.441-006.5-089(470.324)

© А.Ю.Цуркан

Хирургическая тактика при многоузловом эутиреоидном зобе

А.Ю.ЦУРКАН

Surgical treatment patients with multimodal euthyroid goiter

A.Y.TSURKAN

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Выбор хирургической тактики при многоузловом эутиреоидном зобе (МУЭЗ) – актуальная проблема в эндокринной хирургии. Многоузловой эутиреоидный зоб – понятие собирательное, характеризующееся наличием двух или более узлов, которые могут располагаться в одной или обеих долях щитовидной железы при эутиреоидном состоянии [5]. Морфологическая структура узлов может быть различной: многоузловой коллоидный зоб, аденомы, злокачественные опухоли и сочетанное поражение щитовидной железы (ЩЖ). Одним из факторов, провоцирующий рецидив, по мнению ряда авторов, является неадекватный объем операции [1-4, 10]. Отсутствие единого подхода к определению хирургической тактики при МУЭЗ [6-9] послужило основанием для проведения исследования.

Цель исследования – обоснование хирургической тактики лечения больных с МУЭЗ.

Материалы и методы

Изучены отдаленные результаты лечения 222 больных МУЭЗ, оперированных в хирургическом отделении №2 Воронежской областной клинической больницы №1 с 1989 по 2007 годы.

Сроки наблюдения составили от 2 до 20 лет. Меньше 5 лет наблюдалось 49 больных (22,1%), от 5 до 20 лет – 173 (77,9%). Возраст больных на момент выполнения операции был от 18 до 80 лет, средний возраст 48,9±14,1 лет. Среди них женщин – 207 (93,2%), мужчин – 15 (6,8%). В соответствии с классификацией О.В.Николаева вторая степень установлена у 5 больных (2,3%). Наиболее распространенной была третья степень увеличения – у 196 больных (88,3%), четвертая степень диагностирована у 21 больного (9,4%). Нулевая, первая и пятая степени в исследуемой группе отсутствовали. Анализ распределения больных МУЭЗ по степени увеличения ЩЖ в соответствии с классификацией ВОЗ показал, что у всех больных выявлена вторая степень. У больных с размерами узлов более 3 см в диаметре отмечался компрессионный синдром и косметический дефект.

Дооперационное обследование больных МУЭЗ включало: ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАБ), исследование функции ЩЖ. При оценке

функционального состояния ЩЖ у больных, оперированных 15 и 20 лет назад, чаще всего ориентировались на клинические симптомы. При сроке после операции от 2 до 10 лет, функциональное состояние щитовидной железы оценивали на основании уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ.

Из 222 больных МУЭЗ ТАБ выполнена у 181 больного (81,5%). Больные, которым не делали ТАБ были оперированы 15 и 20 лет назад. Показания к операции тогда преимущественно определяли на основе данных пальпации и УЗИ ЩЖ, а оценка степени тяжести гормональных нарушений производилась на основе клинических симптомов. Срок наблюдения у больных, которым делали ТАБ составлял от 2 до 10 лет. ТАБ под контролем пальпации выполнили 70 больным (38,7%), а под УЗИ контролем – 111 больным (61,3%).

Оперативное лечение больных МУЭЗ проводили в различном объеме. Объем операции чаще всего соответствовал субтотальной резекции щитовидной железы – 71 (31,9%). Частичная резекция была у 48 больных (21,6%). С одинаковой частотой у 37 (16,7%) больных выполняли предельно-субтотальную резекцию щитовидной железы и гемитиреоидэктомию с субтотальной резекцией другой доли. Тиреоидэктомия проведена 29 больным (13,1%).

Результаты и их обсуждение

Во время операции и после нее всем больным проводилось гистологическое исследование. В большинстве случаев верифицирован многоузловой коллоидный зоб (112 больных /50,5%/). Аденомы диагностированы у 34 больных (15,3%), сочетание многоузлового коллоидного зоба и аденомы ЩЖ выявлено у 76 пациентов (34,2%).

Рецидивы МУЭЗ диагностированы у 48 больных (21,6%). В первые 2 года после операции рецидивов заболевания не выявлено. Через 5 лет из 75 больных рецидив установлен у 12 пациентов (16%). При последующем наблюдении через 10 лет из 49 больных рецидив обнаружен у 14 (28,6%), через 15 лет из 25 – у 11 (44%) и через 20 лет из 23 больных – у 11 (47,8%).

Таким образом, прослеживается четкая закономерность, что с увеличением срока наблюдения за больными МУЭЗ в йододефицитном регионе увели-

чивается количество рецидивов. Наибольшая частота рецидива МУЭЗ через 20 лет, наименьшая через 5 лет; в первые 2 года после операции рецидивы отсутствовали.

С целью выявления влияния морфологической формы на частоту возникновения рецидива МУЭЗ анализ гистологических исследований первичных вмешательств.

Из 112 наблюдений многоузлового коллоидного зоба рецидивы выявлены у 32 больных (28,6%). У больных, оперированных по поводу аденом ЩЖ, из 34 больных рецидив установлен у 1 больного (2,9%). При сочетании многоузлового коллоидного зоба и аденомы ЩЖ из 76 больных рецидив обнаружен у 15 (19,7%). Наибольшее число рецидивов установлено при многоузловом коллоидном зобе (28,6%) и его сочетании с аденомой ЩЖ (19,7%). Самая низкая частота рецидивов – при аденоме ЩЖ (2,9%).

Из 48 больных с рецидивом заболевания большинство (40 /83,3%/) оперированы повторно. У остальных 8 пациентов (16,7%) показания к повторной операции отсутствовали. При УЗИ ЩЖ выявлены узлы до 2 см в диаметре, а при цитологическом исследовании после ТАБ верифицирован многоузловой коллоидный зоб. Все 8 пациентов ранее оперированы по поводу многоузлового коллоидного зоба.

При изучении морфогенеза рецидивного зоба проведен сравнительный анализ его морфологической формы с гистологической структурой узловых образований после первичных операций. Из 32 больных, оперированных по поводу многоузлового коллоидного зоба, в большинстве случаев (25 /78,1%/) морфологическая структура рецидива соответствовала многоузловому коллоидному зобу, в 3 случаях (9,4%) многоузловой коллоидный зоб сочетался с аденомой ЩЖ, в 2 (6,3%) выявлена аденома ЩЖ и по одному случаю (3,1%) – папиллярный рак ЩЖ и сочетание многоузлового коллоидного зоба и папиллярного рака ЩЖ.

Размер злокачественных новообразований не превышал 1 см в диаметре. Рак ЩЖ в обоих случаях локализовался в ее культе после субтотальной резекции. У 15 больных с сочетанием многоузлового коллоидного зоба и аденомы ЩЖ наиболее часто рецидив заболевания проявлялся многоузловым коллоидным

зобом – 10 случаев (66,7%). Гистологическая структура в 4 случаях (28,6%) совпадала с результатами первичного гистологического исследования. У 1 больного (7,1%) выявили сочетание многоузлового коллоидного зоба и папиллярного рака ЩЖ. Размер опухолевого узла составил 0,3 см в диаметре. Рак диагностирован после субтотальной резекции. У 1 больного с аденомой ЩЖ при повторной операции также диагностирована аденома ЩЖ.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в 72,9% случаев морфологическое строение рецидивного зоба соответствует многоузловому коллоидному зобу, в 14,6% случаев многоузловой коллоидный зоб сочетался с аденомой ЩЖ, а у 6,3% больных выявлена аденома ЩЖ. У 5,8% больных с рецидивом диагностировали наличие рака ЩЖ и сочетание рака ЩЖ и многоузлового коллоидного зоба.

Таким образом, морфологическая структура рецидива МУЭЗ совпала с результатами первичного гистологического исследования в 30 случаях (62,5%). У остальных 18 пациентов (37,5%) выявлена другая морфологическая структура узловых образований. Данный факт свидетельствует о том, что оставленная ткань ЩЖ приводит не только к развитию рецидива заболевания, но и к появлению нового заболевания тиреоидного остатка. При этом у 5,8% больных существует вероятность развития рака ЩЖ после органосохраняющих операций.

Выбор оптимального объема оперативного вмешательства при МУЭЗ по-прежнему является наиболее спорным и нерешенным вопросом. Результаты исследования влияния объема хирургических вмешательств у больных МУЭЗ на частоту возникновения рецидива представлены в таблице 1.

За все время наблюдения рецидив заболевания отсутствовал у больных, оперированных в объеме тиреоидэктомии. Рецидив после предельно-субтотальной резекции, выполненной 37 больным, развился у 2 пациентов (5,4%). Из 37 больных после гемитиреоидэктомии с субтотальной резекцией другой доли рецидивы установлены в 6 наблюдениях (16,2%), из 71 после субтотальной резекции – в 15 наблюдениях (21,1%), из 48 после частичной резекции – в 25 наблюдениях (52,1%).

Таблица 1

Распределение больных с рецидивами многоузлового эутиреоидного зоба в зависимости от объема операции

Объем операции	n	Количество больных	
		Абс.	Относ., %
Тиреоидэктомия	29	0	0
Предельно-субтотальная резекция	37	2	5,4
Гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли	37	6	16,2
Субтотальная резекция	71	15	21,1
Частичная резекция	48	25	52,1
Итого	222	48	21,6

Таким образом, выполнение тиреоидэктомии обеспечивало больному безрецидивное течение заболевания. В минимальном количестве случаев (5,4%) выявлен рецидив после предельно-субтотальной резекции. Наиболее высокая частота рецидивов установлена после субтотальной резекции и частичной резекции – 21,3% и 52,1%, соответственно.

Наблюдение за больными после тиреоидэктомии, предельно-субтотальной резекции и гемитиреоидэктомии с субтотальной резекцией другой доли осуществлялось в пределах 10 лет, так как 20 и даже 15 лет назад операций подобного объема по поводу МУЭЗ в условиях Воронежской областной клинической больницы № 1 не производилось. Больные, которым проводились субтотальная резекция и частичная резекция, наблюдались в течение 20 лет. Максимальное количество рецидивов установлено через 15-20 лет, а минимальная частота рецидивов – через 5 лет.

Список литературы

1. *Ветшев П.С., Чилингарида К.Е., Банный Д.А.* Повторные операции на щитовидной железе при узловом зобе. *Хирургия* 2004; 8: 37-40.
2. *Кузнецов Н.С. Ванушко В.Э., Воскобойникова В.В.* Отдаленные результаты хирургического лечения больных многоузловым эутиреоидным зобом. *Хирургия* 2001; 4: 4-9.
3. *Петров В.Г.* Послеоперационный рецидив узлового зоба. *Вестник хирургии* 2007; 3: 51-53.
4. *Пинский С.Б. Белобородов В.А.* Послеоперационный рецидивный зоб. Липецк. Материалы 7 Российского симпозиума по хирургической эндокринологии 1998: 186-187.
5. *Хайкина И.А., Фадеев В.В.* Узловой коллоидный зоб: результаты проспективных контролируемых исследований. *Клиническая и экспериментальная тиреодология* 2008; 4: 2: 24-56.
6. *Федаев А.А.* Десятилетний опыт хирургического лечения заболеваний щитовидной железы. Саранск. Материалы 16 Российского симпозиума с международным участием по хирургической эндокринологии 2007; 246-248.
7. *Cappellani A., Vita M. Di, Zanghi A.* The recurrent goiter: prevention and management. *Ann. Ital. Chir* 2008; 79: 4: 247-253.
8. *Page C. Strunski V.* Parathyroid risk in total thyroidectomy for bilateral, benign, multinodular goiter: report of 351 surgical cases. *J. Laryngol. Otol.* 2007; 121: 3: 237-241.
9. *Ríos A.* Results of surgical treatment in multinodular goiter with an intrathoracic component. *Surg Today* 2008; 38: 6: 487-494.
10. *Snook K.L.* Recurrence after total thyroidectomy for benign multinodular goiter. *World J. Surg.* 2007; 31: 3: 593-598.

Поступила 13.10.2010 г.

Информация об авторе

1. Цуркан Анжелика Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко; e-mail: TsurkanAngelika@yandex.ru

Выводы

1. С увеличением срока наблюдения увеличивается общее число рецидивов, а с увеличением объема операции во всех сроках наблюдения снижается частота рецидивов многоузлового эутиреоидного зоба.

2. При радикальных операциях тиреоидэктомии и предельно-субтотальной резекции рецидив развивается редко и в поздние сроки. При органосохраняющих вмешательствах: гемитиреоидэктомии с субтотальной резекцией другой доли щитовидной железы, субтотальной резекции, частичной резекции, частота рецидивирования значительно выше по сравнению с радикальными операциями и количество рецидивов возрастает с увеличением сроков наблюдения.

3. Наиболее оправданной хирургической тактикой при многоузловом эутиреоидном зобе является выполнение тиреоидэктомии и предельно-субтотальной резекции.