

УДК 616.441–006.5-089-07-037

© А.Ю.Цуркан, В.Э.Ванушко

Влияние клинических показателей на результаты хирургического лечения диффузного токсического зоба

А.Ю.ЦУРКАН, В.Э.ВАНУШКО

Influence of clinical indicators on results of surgical treatment of Graves' disease

A.Yu.TSURKAN, V.A.VANUSHKO

Эндокринологический научный центр РАМН, г. Москва

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

В хирургии щитовидной железы (ЩЖ) до настоящего времени имеются противоречивые сведения о факторах, определяющих результаты хирургического лечения больных диффузным токсическим зобом (ДТЗ) [1, 2, 5-8, 10, 11]. Целью исследования явилось определение влияния клинических показателей на результаты хирургического лечения больных ДТЗ.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 82 больных ДТЗ, оперированных в хирургическом отделении №2 Воронежской областной клинической больницы №1 за период с 2006 по 2007 годы. Из них 63 женщины (76,8%) и 19 мужчин (23,2%). Возраст больных от 23 до 69 лет, в среднем $39,68 \pm 10,03$ лет. Длительность заболевания от 1 года до 14 лет, в среднем $3,85 \pm 2,94$ лет. Показатели объема ЩЖ от 18 до 98 мл, в среднем $43,17 \pm 16,75$ мл. По данным УЗИ сочетание диффузного увеличения ЩЖ с узловыми образованиями обнаружено у 12 больных (14,7%). По данным цитологического исследования после прицельной ТАБ узловые образования имели морфологическую структуру узлового кистозно-коллоидного зоба.

У всех 12 больных с узловыми образованиями в ЩЖ диагностирована эндокринная офтальмопатия. При оценке степени тяжести тиреотоксикоза установили, что больные с субклиническим тиреотоксикозом за врачебной помощью не обращались, манифестный тиреотоксикоз выявили у 78 больных (76,4%), осложненный – у 24 больных (23,5%). Эндокринная офтальмопатия (ЭО) из 82 больных ДТЗ установлена у 52 (63,4%). В соответствии с классификацией NOSPECS, рекомендуемой EUGOGO, легкую ЭО имели 27 больных (51,9%), умеренно тяжелую – 25 (48,1%), тяжелая ЭО не была обнаружена ни в одном случае. Уровень тиреотропного гормона составил от 0,05 до 4,0 мЕд/л (медиана 2,99 мЕд/л) свободного тироксина – от 10,5 до 24,2 пмоль/л (медиана 19,29 пмоль/л), свободного трийодтиронина от 1,5 до 3,97 пмоль/л (медиана 2,36 пмоль/л). Содержание антител к тиреоидной пероксидазе составило от 41 до 310 мЕд/л (медиана 210 мЕд/л), значения антител к рецепторам тиреотропного гормо-

на в сыворотке крови колебались от 1,9 до 48 МЕ/л (медиана 10 МЕ/л). Объем оперативного вмешательства у больных ДТЗ соответствовал субтотальной резекции ЩЖ (СРЩЖ) по О.В.Николаеву. Оценка результатов оперативного вмешательства у больных ДТЗ осуществлялась через 3, 6, 12 месяцев, 2 и 3 года после операции.

Результаты и их обсуждение

При анализе результатов оперативного вмешательства, в зависимости от функционального состояния ЩЖ, все больные разделены на 3 группы: 1 группа – больные с рецидивом заболевания, 2 группа – больные в эутиреоидном состоянии, 3 группа – больные с послеоперационным гипотиреозом.

На сегодняшний день нет единого мнения о влиянии пола и возраста на прогноз течения ДТЗ и результатов хирургического лечения этого заболевания. Одни авторы [4, 10] на основании проведенных исследований указывают среди прогностических факторов исхода хирургического лечения больных ДТЗ пол и возраст. По их мнению, рецидив заболевания чаще встречается у мужчин, перенесших операцию в подростковом возрасте. Другие исследователи утверждают, что результат оперативного вмешательства не зависит от пола и возраста [3, 7, 9, 11].

В ходе исследования нам не удалось установить влияние пола больных на результат СРЩЖ. Частота возникновения рецидива заболевания, эутиреоза или гипотиреоза не зависела от возраста пациентов. Средний возраст статистически значимо не отличался у больных с различными исходами хирургического лечения в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения после операции. Статистически значимых результатов влияния длительности заболевания на частоту исходов операции не выявлено, что не противоречит данным современных исследователей [3, 7]. Средняя длительность заболевания до операции составляла $3,85 \pm 2,94$ лет. Статистически значимые отличия тяжести тиреотоксикоза у больных с различными исходами хирургического вмешательства во всех сроках наблюдения после операции также отсутствовали.

Таблица 1

ЭО до операции у больных ДТЗ с различными результатами хирургического лечения (3 месяца после операции)

ЭО	Эутиреоз (n = 35)	Гипотиреоз (n = 47)	Р, Хи-квадрат
Нет	10 (28,6%)	19 (40,5%)	0,438
Легкая	13 (37,1%)	17 (36,1%)	
Умеренно тяжелая	12 (34,3%)	11 (23,4%)	

Таблица 2

ЭО до операции у больных ДТЗ с различными результатами хирургического лечения (6 месяцев после операции)

ЭО	Рецидив (n = 1)	Эутиреоз (n = 30)	Гипотиреоз (n = 51)	Р, Хи-квадрат
Нет	0	9 (30%)	20 (39,2%)	0,449
Легкая	0	11 (36,7%)	19 (37,3%)	
Умеренно тяжелая	1 (100%)	10 (33,3%)	12 (23,5%)	

Таблица 3

ЭО до операции у больных ДТЗ с различными результатами хирургического лечения (12 месяцев после операции)

ЭО	Рецидив (n = 3)	Эутиреоз (n = 25)	Гипотиреоз (n = 54)	Р, Хи-квадрат
Нет	0	7 (28%)	22 (40,7%)	0,400
Легкая	1 (33,3%)	10 (40%)	19 (35,2%)	
Умеренно тяжелая	2 (66,7%)	8 (32%)	13 (24,1%)	

Таблица 4

ЭО до операции у больных ДТЗ с различными результатами хирургического лечения (2 года после операции)

ЭО	Рецидив (n = 8)	Эутиреоз (n = 16)	Гипотиреоз (n = 58)	Р, Хи-квадрат
Нет	0	7 (43,8%)	22 (37,9%)	0,020
Легкая	2 (25%)	5 (31,3%)	23 (39,7%)	
Умеренно тяжелая	6 (75%)	4 (25%)	13 (22,4%)	

Таблица 5

ЭО до операции у больных ДТЗ с различными результатами хирургического лечения (3 года после операции)

ЭО	Рецидив (n = 9)	Эутиреоз (n = 15)	Гипотиреоз (n = 58)	Р, Хи-квадрат
Нет	0	7 (46,6%)	22 (37,9%)	0,020
Легкая	3 (33,3%)	4 (26,7%)	23 (39,7%)	
Умеренно тяжелая	6 (66,7%)	4 (26,7%)	13 (22,4%)	

Манифестный и осложненный тиреотоксикоз выявлены у больных с рецидивом заболевания в 9,5% и 15,8% случаев, у больных с эутиреозом в 20,6% и 10,5% случаев, у больных с гипотиреозом в 69,8% и 73,7% случаев, соответственно. Частота возникновения любого из трех вариантов исходов СРЦЖ у больных ДТЗ не зависела от тяжести тиреотоксикоза до операции (P=0,505, Хи-квадрат).

Наряду с вышеуказанными показателями было исследовано влияние ЭО на результаты хирургического лечения больных ДТЗ. По утверждению некоторых авторов [2, 7], наличие ЭО у больных ДТЗ увеличивает риск рецидива. При этом другие исследователи [5, 11] считают, что ЭО не влияет на результат операции.

При анализе данных, полученных через 3 месяца после СРЦЖ (табл. 1), статистически значимых отличий по частоте встречаемости ЭО у больных с эутиреозом и гипотиреозом не наблюдалось.

Через 6 месяцев после операции (табл. 2) единственный рецидив заболевания развился у больной с умеренно тяжелой ЭО.

Частота выявления ЭО у больных в эутиреоидном состоянии и с послеоперационным гипотиреозом через 6 месяцев после операции статистически значимо не отличалась и составила, соответственно, 70% и 60,8% случаев.

Пациенты с различными исходами операции через 12 месяцев после СРЦЖ (табл. 3) различались по

частоте встречаемости ЭО. У пациентов с рецидивом ЭО перед операцией обнаружена в 100% случаев, а у больных с эутиреозом и гипотиреозом в 72% и 59,3%, соответственно.

Анализ влияния ЭО на исход заболевания у больных ДТЗ в отдаленные сроки наблюдения представлен в таблицах 4, 5.

ЭО через 2 и 3 года после операции выявлена у больных с рецидивом ДТЗ в 100% случаев, у больных с эутиреозом – в 56,3% и 53,4%, соответственно, у пациентов с гипотиреозом – в 62,1% случаев. Наличие эндокринной офтальмопатии, независимо от ее степени тяжести, увеличивало вероятность рецидива ДТЗ

после СРЩЖ. ОШ для 3-х лет наблюдения составило 18,0 (1,3-9950,2), $P=0,023$, ТКФ. Все пациенты с послеоперационным рецидивом ДТЗ в различные сроки наблюдения после оперативного вмешательства относились к группе больных с ЭО до операции.

Выводы

1. Результаты хирургического лечения больных ДТЗ не зависят от пола, возраста пациентов, длительности заболевания.

2. Важным прогностическим фактором рецидива ДТЗ после субтотальной резекции щитовидной железы является эндокринная офтальмопатия.

Список литературы

1. Абдурахманов Ш.М. Динамика иммунологических параметров больных тиреотоксикозом при расширенной резекции щитовидной железы с реимплантацией. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент, 2007; 22.
2. Ветшев П.С., Мамаева С.К. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба. Хирургия, 2006; 2: 63-68.
3. Дедов И.И. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита. Врач 2008; 10: 51-57.
4. Курихара Х. Оперативное лечение болезни Грейвса: суперсубтотальная резекция щитовидной железы. Вестник хирургии, 2006; 165: 3: 28-30.
5. Петрова Н.Д. Отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения диффузного токсического зоба. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2000; 24.
6. Петрова Т.Н., Красноруцкая О.Н., Бугримов Д.Ю. Оценка морфофункционального состояния тиреоидного остатка после резекции щитовидной железы. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2011; IV: 1: 118-121.
7. Петунина Н.А. Прогностические факторы и оптимизация методов лечения ДТЗ. Дис. ... докт. мед. наук. М. 2004; 277.
8. Brand O.J. Association of the thyroid stimulating hormone receptor gene (TSHR) with Graves' disease (GD). Hum. Mol. Genet, 2009; 25: 2: 654-659.
9. Cappelli C. Prognostic value of thyrotropin receptor antibodies (TRAb) in Graves' disease: a 120 months prospective study. Endocr. J., 2007; 54: 5: 713-720.
10. Kutev N. Subtotal resection of thyroid gland - optimal method for threatment of Basedow disease. Prognosis 2007; 3: 9-13.
11. Quadbeck B. Basedow Study Group. Sensitive thyrotropin and thyrotropin-receptor antibody determinations one month after discontinuation of antithyroid drug treatment as predictors of relapse in Graves' disease. Thyroid, 2005; 15: 9: 1047-1054.

Поступила 17.10.2010 г.

Информация об авторах

1. Цуркан Анжелика Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко; e-mail: TsurkanAngelika@yandex.ru
2. Ванушко Владимир Эдуардович – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник Эндокринологического научного центра РАМН г. Москвы; e-mail: vanushko@hotmail.com