

Курбаниязов З.Б.,
Абдуллаев Н.А.,
Бабажанов А.С.,
Махмудов Т.Б.,
Гозибеков Ж.И.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время лечение больных узловым зобом является проблемой хирургии, эндокринологии и онкологии, требующей комплексного решения. Результаты лечения узлового зоба определяются различными факторами. В настоящее время в литературе имеются противоречивые данные о факторах, влияющих на прогноз лечения узлового зоба. Так, одни авторы утверждают, что определяющими в прогнозе возникновения рецидива узлового зоба являются гистологические изменения в щитовидной железе (2,5,6,7), другие считают основными факторами объем оперативного вмешательства и адекватность проводимой тиреоидной терапии (1,3,4,8,9,10). Поэтому, представляет большой интерес определение влияния различных факторов на частоту возникновения рецидива узлового зоба на основании анализа отдаленных результатов хирургического лечения больных узловым зобом и разработка алгоритма индивидуального прогноза для выявления возможного рецидива в отдаленном периоде.

Именно отдаленные результаты являются объективным критерием правильного выбора тактики лечения больных узловым зобом.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных узловым зобом путем анализа результатов различных оперативных вмешательств на щитовидной железе в отдаленном периоде.

Материалы и методы исследования. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 281 больного оперированного по поводу узлового зоба в хирургическом отделении клиники СамМИ с 2006 по 2011 г.

Особое внимание было уделено длительности заболевания, медикаментозному лечению препаратами тиреоидных гормонов после операции. Были изучены такие показатели как объем операции, осложнения, ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения заболеваний щитовидной железы.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, включающее пальпацию щитовидной железы, ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) (исходно и в различные сроки после операции), гистологию удаленного препарата.

Возраст больных колебался от 15 до 68 лет (средний возраст составил 29 ± 6 года).

В возрастном аспекте до 15 лет - 4 (1,42%) пациента, 16-30 лет - 109 (38,8%), 31-45 лет - 93 (33,1%), 46-60 лет - 64 (22,8%) и от 60 до 68 лет - 11 (3,9%) пациентов.

Из 281 пациента с узловым зобом было 28 (9,97%) мужчин и 253 (90,3%) женщины.

Основываясь на классификации степени увеличения щитовидной железы по Николаеву О.В. у больных наблюдались следующие степени увеличения щитовидной железы: I-II ст - 1 (0,35%), III ст - 70 (24,5%), IV ст - 199 (71%), V ст - 11 (3,91%).

Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяжелого соматического состояния. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 48 (17,1%) пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 (81,8%) больным с эутиреоидным и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу.

Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 (2,5%) пациентам при многоузловом токсическом зобе и злокачественной опухоли доли щитовидной железы, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция щитовидной железы была выполнена 81 (28,8%) больному со смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доле щитовидной железы 190 (67,6%) пациентов (Табл.1).

Результаты исследований и их обсуждение. На основании полученных результатов была разработана математическая статистическая модель оценки эффективности лечения и прогнозирования риска развития рецидива у оперированных больных с узловым зобом. Частота ранних осложнений

представлена в таблице №2.

Таблица 1. Оперативные вмешательства произведённые больным с узловым зобом.

Объем оперативного вмешательства	Много узловой зоб	Узловой зоб	Смешанный зоб	Токсическая аденома	Рак	Всего	%
Тотальная тиреоидэктомия	3	2	-		2	7	2,5
Субтотальная резекция щитовидной железы	31	-	45	5		81	28,8
Гемитиреоидэктомия	-	156	-			156	55,5
Субтотальная резекция одной доли щитовидной железы	-	9	-	2		11	3,9
Энуклеация кисты из щитовидной железы	-	23	-			23	8,2
Не оперированные	3	-	-			3	1,1
Всего	37	190	45	7	2	281	100

Таблица 2. Частота ранних осложнений хирургического лечения узлового зоба

Диагноз		Вид осложнений						Всего	
		К-во операций	Кровотечение	Транзиторный парез возвратного гортанного нерва	Стойкий паралич возвратного гортанного нерва	Тиреотоксический криз	Гипопаратиреоз		
							Транзиторный		Перманентный
Многоузловой токсический зоб		41	2(4,9%)	2(4,9%)	-	1(2,4%)	2 (4,9%)	-	7 (17,1%)
Узловой зоб	токсическая аденома	7	-	-	-	-	-	-	-
	Нетоксический зоб	98	1 (1,02%)	-	-	-	-	-	1 (1,02%)
	кистозный зоб	85	-	-	-	-	-	-	-
	рак щитовидной железы	2	-	1 (50%)	-	-	-	-	1 (50%)
Смешанный зоб		45	1(2,22%)	2(4,44%)	-	-	1 (2,22%)	-	4(8,9%)
Всего		278	4 (1,43%)	5 (1,8%)	-	1 (0,36%)	3 (1,15)	-	3 (4,7%)

В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции были от 1 года до 5 лет.

После вызова больных мы проводили полный объем обследования включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса с помощью ТТГ, тиреоидных гормонов крови и рефлексометрии. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных (90,2%), легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6 (3,1%), средней степени тяжести гипотиреоз у 8 (4,1%), гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%). Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (2) и многоузловотоксического зоба (3).

Суммируя результаты клинических и гормональных исследований была осуществлена оценка отдаленных результатов хирургического лечения узловых форм зоба, путём сравнения объема оперативного вмешательства.

Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на щитовидной железе является логическим исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреоидных гормонов, то согласно этому, полное выздоровление больных после хирургического метода лечения узлового зоба наблюдал-

ся у 182 (94,3%) больных.

Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных (4,67%) в течении от 2 до 6 лет. Причем рецидивы заболевания в 8 случаях был связаны с проведенной энуклеацией узла щитовидной железы, и в 1 случае после проведенной субтотальной резекции доли щитовидной железы. После гемиструмэктомии, тотальной, субтотальной тиреоидэктомии рецидивов заболевания не наблюдалось. Все больные с рецидивом узлового зоба не следовали рекомендациям эндокринолога и не принимали тиреоидные гормоны после операции. Результаты тонкоигольной аспирационной биопсии совпали с окончательным гистологическим результатом во всех случаях. То есть у этих больных была подтверждена доброкачественность удаленных узлов.

Таким образом, основными факторами, определяющими риск возникновения рецидива при узловом зобе, являются: морфологическая форма узлового зоба, объем оперативного вмешательства, выбираемый хирургом в зависимости от предполагаемой морфологической формы узлового зоба, адекватность тиреоидной (заместительной, супрессивной) терапии.

Таблица 3. Отдаленные результаты оперативного лечения узлового зоба

Исходы	Количество больных (%)
Выздоровление	182 (94,3%)
Рецидив узлового зоба	9 (4,67%)
Рак щитовидной железы (по данным окончательной гистологии)	2 (1,03%)

Выводы:

На основании изучения отдаленных результатов лечения больных узловым зобом определен оптимальный объем хирургического вмешательства при различных морфологических формах узлового зоба. Адекватными объемами оперативного лечения являются гемиструмэктомия, предельно субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомия.

При проведении адекватной заместительной тиреоидной терапии резко снижается число рецидивов после проведенных оперативных вмешательств. Наибольший процент рецидивов независимо от морфологической формы узлового зоба выявлен при проведении экономной резекции и энуклеации узла щитовидной железы (4,67%).

Для профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

Использованная литература:

- Дедов И.И., Балаболкин М.И., Марова Е.И. Болезни органов эндокринной системы. — М.: Медицина, 2000. 257 с.
- Мельниченко Г.А. Заболевания щитовидной железы. Диагностика, лечение, профилактика: Пособие для врачей / Под ред. Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеева, И.И. Дедова. — М.: Мед Эксперт Пресс, 2003. 128 с.
- Пинский С., Белобородов В., Калинин А.П. Диагностика заболеваний щитовидной железы / Под ред. А.П. Калинина. — М., 2007. 76 с.
- Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреологическая (руководство). — М.: Медицина, 2007. — 816 с.
- Ершова Г.И., Москвичева И.Н. Диагностическая и лечебная тактика при узловом зобе // Клиническая медицина. — 2000. — № 12. — С. 54-56.
- Исмаилов С.И., Алимджанов Н.А., Рашидов М.М., Каримова М., Каюмова Н.Л., Бабаханов Б.Х. Оценка эффективности хирургического метода лечения узлового зоба // Проблемы биологии и медицины. 2007. №1 (47). С.26-30.
- Шустов С.Б., Халимов Ю.Ш. Функциональная и топическая диагностика в эндокринологии. — СПб.: ЭЛ-БИ, 2001. — 239 с.
- Ершова Г.И. Диагностический подход при узловом зобе // Анналы хирургии. — 2005. — № 6. — С. 23-26.
- Герасимов Г.А., Фадеев В.В., Свириденко Н.Ю. и др. Йододефицитные заболевания в России. — М.: Адамант, 2002. — 168 с.
- NationalComprehensiveCancerNetwork. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Thyroid Cancer. Version 1.2011.