УДК 616.441-008.61-089:612.017.1-08

Д.Р. САХИПОВ

Самарский государственный медицинский университет

МОЖНО ЛИ СЧИТАТЬ ОБЪЕМ ТИРЕОИДНОГО ОСТАТКА ЕДИНСТВЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РЕЦИДИВА ТИРЕОТОКСИКОЗА?

В работе изучены отдаленные результаты лечения 58 больных после операции субтотальной резекции щитовидной железы. Проведен анализ факторов риска рецидива тиреотоксикоза. Сделан вывод о том, что объем тиреоидного остатка не является прогностически значимым фактором риска рецидива тиреотоксикоза.

Ключевые слова: диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз, субтотальная резекция щитовидной железы, аутоиммунная стимуляция.

Сахипов Дамир Ренатович *- соискатель кафедры факультетской хирургии СамГМУ. E-mail: sakhipov@mail.ru*

D.R. SAKHIPOV

Samara State Medical University

CAN WE CONSIDER THE VOLUME OF THYROID REMNANT THE ONLY RISK FACTOR FOR RECURRENCE OF HYPERTHYROIDISM?

The article presents long-term results of treatment of 58 patients with diffuse toxic goiter after surgical subtotal resection of the thyroid gland. The analysis of risk factors for recurrence of hyperthyroidism was performed. It was concluded that the volume of thyroid remnant is not prognostically significant factor in the risk of recurrence of hyperthyroidism.

Keywords: diffuse toxic goiter, subtotal resection of the thyroid gland, autoimmune stimulation

Damir Sakhipov *- postgraduate student of the Chair of Faculty Surgery of SamSMU Clinics. E-mail: sakhipov@mail.ru*

Вопрос выбора способа оперативного лечения диффузного токсического зоба (ДТЗ) на сегодняшний день однозначно не решен. Это связано с различными взглядами на цель оперативного пособия [1, 8]. В нашей стране продолжают активно применять методику субтотальной резекции щитовидной железы при оперативном лечении больных ДТЗ [4, 9, 8]. Альтернативой такому подходу служит операция тиреоидэктомия [1, 10].

Общепринято, что при выполнении субтотальной резекции масса остаточной ткани щитовидной железы не должна быть столь большой, чтобы не привести к гипертиреозу. В тоже время она не должна быть и столь малой, чтобы не привести к тяжелому гипотиреозу после операции. Рекомендуемый стандартный объем тиреоидного остатка составляет от 2 до 6 мл.

Как правило, при выборе данного способа лечения хирурги руководствуются личными убеждениями и стремятся избежать развития тяжелого гипотиреоза в отдаленном послеоперационном периоде. По мнению ряда авторов [2, 6] при выполнении субтотальной резекции щитовидной железы процент развития гипопаратиреоза и пареза возвратных гортанных нервов после операции значительно меньше по сравнению с таковым при выполнении тиреоидэктомии. Однако при таком подходе у 10-30% больных возникает рецидив тиреотоксикоза [3, 5, 8]. Не исключено, что это связано с разной активностью тиреоидного остатка после операции. Правда, убедительных данных, позволяющих прогнозировать изменения в остатке щитовидной железы в послеоперационном периоде, на сегодняшний день нет.

Цель исследования: установить, имеется ли взаимосвязь между объемом тиреоидного остатка и вероятностью рецидива тиреотоксикоза у больных ДТЗ.

Материалы и методы

Работа выполнена в клинике факультетской хирургии СамГМУ. Она основана на результатах обследования и хирургического лечения 58 больных ДТЗ, которым была выполнена операция субтотальной резекции щитовидной железы в различных модификациях (по Николаеву

или по Драчинской). Все прооперированные больные были разделены на 2 группы. В первую группу (сравнения) вошли 28 больных. Средний возраст составил 48,55±13,95 лет. Они были оперированы с период с 2006 по 2008 годы. До операции иммунный статус у них не оценивали. Длительность заболевания до операции в данной группе составила от 1,5 до 15 лет.

В период с 2009 г. были оперированы 30 человек. Средний возраст 50,13±12,67 лет. Этим больным перед операцией определяли уровень аутоиммунной стимуляции. Длительность заболевания до операции в данной группе составила от 1,3 до 13 лет. Операцию субтотальной резекции щитовидной железы выполняли при уровне антител менее 1,5 Ед/л. Они составили 2 группу.

Для оценки однородности выбранных групп было произведено их сопоставление по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям.

Сравнительная характеристика групп больных, вошедших в исследование, по возрасту представлена на рисунке 1.

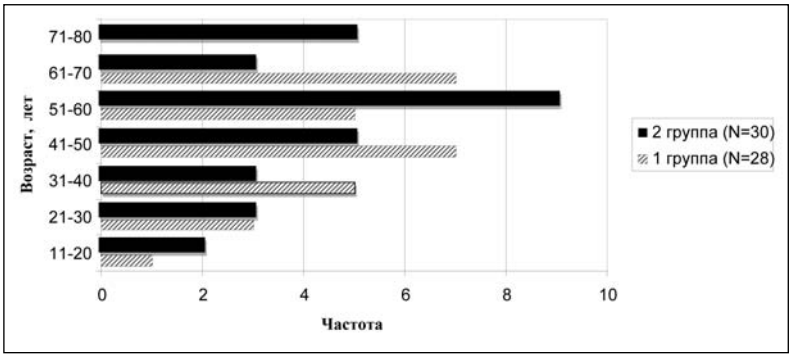

Рис 1. Сравнительная характеристика групп по возрасту

Сравнительная характеристика выбранных групп больных по полу и сопутствующим заболеваниям представлена в таблицах 1 и 2.

Таким образом, группы исследуемых больных были сопоставимы по оцениваемым признакам.

Объем остаточной ткани щитовидной железы при выполнении субтотальной резекции у всех больных рассчитывался интраоперационно при помощи УЗ датчика и составил от 1,4 до 4,6 мл. У всех пациентов на первые, третьи и седьмые сутки после операции определяли уровень кальция в крови. Перед выпиской больных осматривал ЛОР-врач. Тиреоидный статус после операции оценивали посредством определения уровня свободного Т4 и ТТГ через 1, 2, 6 месяцев после выписки и далее 1 раз в полгода. Длительность наблюдения в обеих группах составила от 1 года до 5 лет. В послеоперационном периоде оценивали частоту возникновения рецидива тиреотоксикоза.

Результаты исследования обрабатывались с использованием пакета прикладных программ MS Excel 2003, «StatPlus». Сравнение групп проводилось при помощи точного критерия Фишера. Статистическая значимость принималась при $p<0,05$.

Результаты

Ближайший послеоперационной период протекал без особенностей у всех пациентов обеих групп. Послеоперационных осложнений, таких как гипокальциемия, парез возвратных гортанных нервов, не было ни у одного пациента.

Отдаленные результаты в обеих группах представлены в таблице 3.

Таким образом, рецидив тиреотоксикоза развился у 5 пациентов (18%) в первой группе в сроки от 1 года до 4 лет после операции. Длительность заболевания до операции у этих больных была разная. У одного пациента она составила менее 2 лет, у двух пациентов - от 2 до 4х лет, у 2 пациентов - более 5 лет.

Трое больных с рецидивом тиреотоксикоза были повторно оперированы – им была выполнена тиреоидэктомия. Необходимо отметить, что у всех повторно оперированных больных развился декомпенсированный парез гортани и тяжелая форма гипопаратиреоза. Две пациентки не оперированы: одна постоянно принимает тиреостатики и β-адреноблокаторы, вторая прошла курс терапии радиоактивным йодом.

Обсуждение

Мы попытались определить факторы, от которых может зависеть активность тиреоидного остатка. В отличие от таких авторов, как Н. Курихара (2006), N. Kutev et al. (2007), мы не выявили зависимости исхода операции от возраста или пола пациентов. В нашем исследовании средний возраст у больных с исходом в гипотиреоз, эутиреоз и рецидивом заболевания статически значимо не различался.

Анализ литературы показывает, что многие авторы указывают на связь между вероятностью рецидива тиреотоксикоза с объемом тиреоидного остатка [6, 8, 11]. Рекомендуемый «безопасный» объем оставляемой ткани щитовидной железы, позволяющий избежать рецидива заболевания,

Таблица 1

Сравнительная характеристика групп по полу

	Мужчины	Женщины	Итого (%)
I группа	4 (14%)	24 (86%)	28 (100%)
II группа	2 (7%)	28 (93%)	30 (100%)
(p)	p= 0,41	p= 0,42	

Таблица 2

Сравнительная характеристика групп по сопутствующей патологии

Группа / Сопутствующая патология	I группа n=28	II группа n=30	p
Артериальная гипертензия	15 (54%)	13 (46%)	0,60
ИБС в том числе ИМ	4 (14%) 1 (4%)	2 (7%) 0 (0%)	0,42 0,48
ХСН	3 / (11%)	2 / (7%)	0,67
ОНМК	1 / (4%)	1 / (3%)	0,99
Сахарный диабет	4 (14%)	3 (10%)	0,70
Тиреотоксическое сердце	11 (39%)	10 (33%)	0,79

Таблица 3

Отдаленные результаты после субтотальной резекции щитовидной железы

Группа больных / Исход	I группа (n=28)	II группа (n=30)	P
Гипотиреоз	20 (71%)	25 (83%)	0,35
Эутиреоз	3 (11%)	5 (17%)	0,71
Рецидив тиреотоксикоза	5 (18%)	0 (0%)	0,02

составляет порядка 3-5 мл. Нами была изучена связь рецидива тиреотоксикоза с объемом остатка щитовидной железы. Оказалось, что у всех пяти больных с рецидивом заболевания объем тиреоидного остатка был от 1,4 до 4,6 мл. На момент рецидива заболевания объем остаточной ткани щитовидной железы варьировался от 2 до 10 мл. Таким образом, объем тиреоидного остатка в выполненном нами исследовании не был фактором, определяющим рецидив тиреотоксикоза.

По мнению И.В. Макарова и соавт. (2006), вероятность рецидива заболевания меньше у пациентов с небольшим стажем тиреотоксикоза (<2 лет). В нашем исследовании статистически значимой зависимости между длительностью заболевания и исходом оперативного лечения, в первую очередь рецидивом тиреотоксикоза, выявлено не было.

В литературе существует точка зрения, что при выполнении субтотальной резекции положительным исходом считают достижение эутиреоза. При этом они отмечают, что достичь нормальной функции щитовидной железы удается не более чем у 40% больных [3, 6]. При анализе полученных нами результатов оказалось, что только у 11-17% больных исходом в отдаленном периоде является эутиреоидное состояние без заместительной терапии. С нашей точки зрения, это не является обязательной целью операции. Куда важнее избежать рецидива тиреотоксикоза и минимизировать специфические послеоперационные осложнения.

Заключение

Объем тиреоидного остатка при выполнении операции субтотальной резекции щитовидной железы не является прогностически значимым фактором риска рецидива тиреотоксикоза. Необходимо искать другие прогностически значимые факторы риска рецидива тиреотоксикоза после операции.

Список литературы

1. Ветшев П.С., Мамаева С.К. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. – 2006. – №2. – С. 63–68.

2. Ильичева Е.А., Шпакова Е.А., Рой Т.А., Махутов В.Н., Тарнуева И.Ф., Мошкова Е.С. Особенности течения пареза гортани после хирургического лечения диффузного токсического зоба // Вестник оториноларингологии, 2011. №3. С.51-54.

3. Какчеева Т.Т., Салиева Б.Р., Логочева Е.Г., Нуралиев М.А., Бебезов Х.С. Результаты хирургического лечения диффузного токсического зоба (болезни Грейвса) // Вестник КРСУ. 2013. Том 13. № 1. С.114-117.

4. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. Хирургическая эндокринология. – СПб.: Питер, 2004. – 960 с.

5. Каширова Т.В., Фадеев В.В., Перминова С.Г., Назаренко Т.А., Корнеева И.Е., Лесникова С.В., Ибрагимова М.Х. Особенности репродуктивной функции женщин с болезнью Грейвса // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2009. Т.5. №2. С.51-57.

6. Кузнецов Н.С., Симакина О.В., Ким И.В. Предикторы послеоперационного гипопаратиреоза после тиреоидэктомии и методы его лечения // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2012. Т.8 №2. С.20-30.

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

8. Макаров И.В., Галкин Р.А., Андреев М.М. Отдаленные результаты и их прогнозирование в хирургическом лечении диффузного токсического зоба // Эндокринная хирургия. 2013. №2. С. 45-51.

9. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб.: ИПК Вести, 2009. – 648 с.

10. Цуркан А.Ю., Ванушко В.Э. Влияние клинических показателей на результаты хирургического лечения диффузного токсического зоба // Вестник экспериментальной и клинического хирургии, 2011. Т. IV. №2. С. 259-361.

11. Kutev N., Petkov R., Iarumov N. Subtotal resection of thyroid gland – optimal method for threatment of Bazedow disease // Prognosis. Khirurgiia (Sofia). 2007. N 3. P. 9–13.