

# ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЦИДИВА УЗЛОВОГО ЗОБА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

УДК 616.441—006.5—089.168.1—06

Поступила 12.11.2010 г.



**А.В. Меньков**, к.м.н., доцент кафедры общей хирургии им. А.И. Кожевникова

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

**Цель исследования** — на основании анализа результатов динамического наблюдения за пациентами после оперативных вмешательств на щитовидной железе определить патологическое значение рецидива узлового зоба.

**Материалы и методы.** В исследование включены 64 пациента (58 женщин и 6 мужчин) в возрасте от 32 до 63 лет ( $46,4 \pm 8,3$  года) с рецидивом узлового зоба после операций на щитовидной железе. Период наблюдения за пациентами составил 5 лет.

**Результаты.** Только у 9 больных (14,1%) выявлены абсолютные показания к повторной операции. Им была осуществлена тиреоидэктомия. У 2 больных в послеоперационном периоде развился транзиторный односторонний парез гортани. У пациентов с рецидивом узлового зоба, не требующим оперативного вмешательства, в ходе динамического наблюдения сохранялся эутиреоз. Коррекция заместительной терапии потребовалась только 4 из 13 больных, нуждающихся в приеме левотироксина натрия. По данным ультрасоноскопии не отмечено значимого увеличения размеров узлов. Средний показатель качества жизни соответствовал хорошему результату ( $10,1 \pm 0,4$  балла).

**Заключение.** У большинства пациентов рецидив узлового зоба после операций с сохранением тиреоидной ткани протекает без каких-либо клинических проявлений.

**Ключевые слова:** рецидив узлового зоба, резекция щитовидной железы, тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия, качество жизни.

## English

## Pathologic significance of a recurrent nodular goiter after the operations on the thyroid gland

**A.V. Menkov**, MD, Associate Professor, the A.I. Kozhevnikov General Surgery Department

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod

**The aim** of the investigation is to determine the pathologic significance of a recurrent nodular goiter on the basis of the follow-up results analysis after the operations on the thyroid gland.

**Materials and methods.** 64 patients (58 females and 6 males) aged 32—63 years ( $46.4 \pm 8.3$  years) with a recurrent nodular goiter after the operations on the thyroid gland have been included into the study. The follow-up period was 5 years.

**Results.** The absolute reoperation indications were revealed only in 9 patients (14.1%). They underwent thyroidectomy. A transitory unilateral laryngoparesis developed in 2 patients in a postoperative period. During the follow-up period euthyroidism persisted in patients with a recurrent nodular goiter required no operative intervention. Only 4 of 13 patients needed to take levothyroxine sodium required a substitution therapy correction. No significant increase of the node size was observed according to the ultrasonoscopy data. The average indicator of life quality corresponded to a good result ( $10.1 \pm 0.4$  points).

**Conclusion.** A recurrent nodular goiter after thyroid tissue preserving operations has no clinical manifestations in the majority of patients.

**Key words:** recurrent nodular goiter, thyroid resection, thyroidectomy, hemithyroidectomy, quality of life.

Основным аргументом ряда авторов, предлагающих радикальный подход к выбору объема оперативного вмешательства при доброкачественных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ), является высокая частота

рецидива узлового зоба (РУЗ) после операций с сохранением тиреоидной ткани [1—5].

**Цель исследования** — на основании анализа результатов динамического наблюдения за пациентами

Для контактов: Меньков Андрей Викторович, тел. раб. 8(831)238-95-59, тел. моб. +7 910-796-42-05; e-mail: avmenkov@gmail.com.

после оперативных вмешательств на щитовидной железе определить патологическое значение рецидива узлового зоба.

**Материалы и методы.** Основой работы послужило проспективное исследование, в которое были включены 64 пациента (58 женщин и 6 мужчин) в возрасте от 32 до 63 лет ( $46,4 \pm 8,3$  года) с РУЗ после операций на ЩЖ, обратившихся в хирургическую клинику им. А.И. Кожевникова Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко для решения вопроса о необходимости выполнения повторной операции. Все пациенты были ранее оперированы по поводу узлового зоба, четверо из них — повторно. С момента выполнения первой операции прошло от 2 до 15 лет. Характер и объем первичного оперативного вмешательства определяли на основании медицинской документации, имеющейся на руках у пациентов. Период наблюдения за пациентами составил 5 лет.

Определение уровня гормонов ЩЖ проводили методом электрохемилюминесценции на автоматическом анализаторе Elecsys 1010 с использованием реактивов ф. Roche (Швейцария). Ультразвуковое исследование ЩЖ выполняли на ультразвуковом сканере Aloka SSD 3000 с помощью линейного датчика с частотой 7,5 МГц. Рентгенографию грудной клетки с контрастированием пищевода водным раствором сульфата бария проводили при подозрении на шейно-загрудинную локализацию зоба. По показаниям выполняли рентгеномографию трахеи, а также компьютерную томографию средостения. Тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ) ЩЖ выполняли под ультразвуковым контролем, с забором материала на цитологическое исследование.

При проведении исследования была использована практика периодических осмотров пациентов. С целью оценки структуры и динамики изменений объема сохраненной ткани ЩЖ выполняли ультрасонографию передней поверхности шеи через 6 мес и через 1 год после повторной операции. По результатам исследования тиреоидного статуса определяли эффективность заместительной терапии. Для осуществления динамического контроля субъективного восприятия пациентами качества их жизни использовали специальную анкету, которая была составлена с учетом различного уровня комплаентности пациентов. Результаты интерпретировали по 12-балльной шкале.

Материалы исследования подвергнуты статистической обработке с помощью пакетов статистических программ Excel 2003, Statistica 6.0 (Stat-Soft, 2001) и программы BIOSTATISTICA 4.03. Данные в тексте и в таблицах представлены в виде  $Me [25; 75]$  ( $Me$  — медиана; 25 и 75 — процентиля) или  $M \pm \sigma$ , где  $M$  — среднее значение показателей,  $\sigma$  — стандартное отклонение при условии нормального распределения значений показателей. Для выявления достоверности различий между группами использовали непараметрический критерий Манна—Уитни (показатель  $U$ ). Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

**Результаты и обсуждение.** Анализ медицинской

документации показал, что поводом к первичной операции у 49 пациентов (76,5%) с РУЗ послужил эутиреоидный узловой коллоидный зоб с «компрессией трахеи», у 6 (9,4%) — узловой токсический зоб, у 9 (14,1%) — наличие фолликулярной аденомы в одной из долей ЩЖ. Субтотальная резекция одной из долей ЩЖ была первоначально осуществлена 28 пациентам (43,7%), гемитиреоидэктомия — 6 (9,4%), резекция обеих долей ЩЖ — 21 (32,8%), субтотальная резекция ЩЖ — 9 (14,1%). Сроки развития рецидива заболевания составили в среднем 6—24 мес (14 [8; 19] мес). При исследовании тиреоидного статуса у 51 больного (79,6%) отмечено сохранение функции ЩЖ, у 13 (20,4%) выявлен гипотиреоз (ТТГ —  $11,2 \pm 1,4$  мМЕ/мл), что потребовало медикаментозной коррекции левотироксином натрия в среднесуточной дозе  $0,9 \pm 0,2$  мкг/кг. При ультрасоноскопии тиреоидной ткани у 24 больных после субтотальной резекции доли ЩЖ и у 6 — после гемитиреоидэктомии в контралатеральной доле визуализировались множественные узловые образования размерами от 0,8 до 1,6 см ( $1,1 \pm 0,2$  см). У 4 больных после субтотальной резекции доли были обнаружены узловые образования в ткани ЩЖ на стороне выполненной операции. У всех пациентов после резекции обеих долей ЩЖ и у 7 больных после субтотальной резекции ЩЖ выявлены множественные узлы в тиреоидной ткани с обеих сторон от трахеи. Размеры узлов — от 1,1 до 6,3 см ( $2,3 \pm 0,7$  см). Характерные для компрессионного синдрома жалобы на чувство давления на передней поверхности шеи, ощущение «кома в горле» при глотании отмечены у 7 больных с размерами узлов от 4,2 до 6,2 см ( $2,4 \pm 0,7$  см). Этим пациентам выполнено рентгеновское исследование верхнего средостения с контрастированием пищевода водным раствором бария сульфата, при котором была подтверждена компрессия трахеи и пищевода. Проведена ТАПБ всех узлов размерами более 1 см (у 54 больных). В подавляющем большинстве случаев — у 52 пациентов (96,3%) — при морфологической верификации диагноза обнаружен коллоидный пролиферирующий зоб и только у 2 (3,3%) были выявлены цитологические признаки фолликулярной опухоли ЩЖ.

Таким образом, на основании этих данных только у 9 больных (14,1%) были абсолютные показания к повторной операции. Им была осуществлена тиреоидэктомия. У 2 больных в послеоперационном периоде развился транзиторный односторонний парез гортани.

У пациентов с РУЗ, не требующим оперативного вмешательства, в ходе динамического наблюдения сохранялся эутиреоз. Коррекция заместительной терапии потребовалась только 4 из 13 больных, нуждающихся в приеме левотироксина натрия. По данным ультрасоноскопии не отмечено значимого увеличения размеров узлов.

Интересными, по нашему мнению, представляются изменения, произошедшие в субъективной оценке пациентами качества их жизни. Если по результатам анкетирования пациентов при проведении первичного осмотра средний уровень качества жизни составил  $8,4 \pm 0,9$  балла (неудовлетворительный результат), то после повторного анкетирования через 2—3 года на-

блюдения оценка пациентами своей жизни стала гораздо оптимистичнее: средний показатель качества жизни соответствовал хорошему результату ( $10,1 \pm 0,4$  балла). Различия оказались статистически достоверными ( $U=921$ ;  $p=0,042$ ).

**Заключение.** У большинства пациентов рецидив узлового зоба после вмешательств с сохранением тиреоидной ткани протекает без каких-либо клинических проявлений. Показания к оперативному вмешательству выявлены только у 14,1% больных.

### Литература

1. Воскобойников В.В., Ванушко В.Э., Артемова А.М. и др. Диагностика, тактика и хирургическое лечение больных с многоузловым эутиреоидным зобом. Проблемы эндокринологии 2001; 2: 5—12.
2. Герасимов Г.А., Трошина Е.А. Дифференциальная диагностика и выбор метода лечения при узловом зобе. Проблемы эндокринологии 1998; №5: 35—41.
3. Berghout A., Wiersinga W.M., Drexhage H.A. The long-term outcome of thyroidectomy for sporadic non-toxic goitre. Clin Endocrinol (Oxf) 1989; 31: 193—199.
4. Bounema S.L., Beunedback F.N., Wiersinga W.M. et al. Management of the nontoxic multinodular goiter: a European questionnaire study. Clin Endocrinol (Oxf) 2000; 53: 3—4.
5. Clark Orlo H. Endocrine surgery of the thyroid and parathyroid glands. St. Louis, Toronto — Princeton: The C.V. Mosby Company; 1985; p. 135.