

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

УДК 616.44—089

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 — обосновать выбор оптимального объема оперативного вмешательства на основании изучения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с аутоиммунным тиреоидитом.

Материалы и методы. В проспективное контролируемое исследование были включены 19 женщин с аутоиммунным тиреоидитом в возрасте от 39 до 56 лет. Продолжительность заболевания — от 1 года до 9 лет. Оценка результатов исследования проводилась на основе динамического наблюдения, анализа показателей тиреоидного статуса, данных ультразвукографии и анкетирования пациентов.

Заключение. При развитии компрессионного синдрома у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом для профилактики осложнений целесообразно выполнение субтотальной резекции ЩЖ с оставлением тиреоидной ткани в трахеоэзофагеальной борозде с обеих сторон от трахеи. Интрафасциальная тиреоидэктомия является операцией выбора при наличии узлов на фоне хронических аутоиммунных изменений в ткани ЩЖ. Экстрафасциальную тиреоидэктомию с центральной лимфодиссекцией необходимо осуществлять при обоснованном подозрении на рак ЩЖ.

Ключевые слова: щитовидная железа, аутоиммунный тиреоидит, тиреоидэктомия.

English

Surgical treatment of autoimmune thyroiditis

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

Nizhny Novgorod State Medical Academy, N. Novgorod

The aim of the investigation is to prove the choice of optimal extent of operative measure based on the study of short- and long-term results of surgical treatment of patients with autoimmune thyroiditis.

Materials and Methods. 19 women with autoimmune thyroiditis aged 39—56 have been included into the prospective controlled study, the duration of the disease being from 1 to 9 years. The investigation results have been assessed based on a follow-up, the analysis of thyroid status indexes, ultrasound findings and patients' questioning.

Conclusion. To prevent complications development in compression syndrome in patients with autoimmune thyroiditis, it is reasonable to perform subtotal thyroidectomy leaving thyroid tissue in tracheoesophageal sulcus on either side of the trachea. Intrafascial thyroidectomy is the operation of choice if there are nodes against the background of chronic autoimmune changes in thyroid tissue. Extrafascial thyroidectomy with central lymphatic dissection is to be performed if thyroid carcinoma is reasonably suspected.

Key words: thyroid, autoimmune thyroiditis, thyroidectomy.

Наиболее рациональной тактикой ведения пациентов с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) в настоящее время является динамическое наблюдение с коррекцией изменений в тиреоидном статусе [1—4]. Оперативное вмешательство при АИТ показано при развитии компрессионного синдрома, а также при обоснованном подозрении на злокачественный процесс в щитовидной железе (ЩЖ) [5—7]. Вопрос выбора объема операции по поводу АИТ до настоящего времени остается окончательно не разрешенным. Сохранение органа-мишени для выработки аутоантител кажется нецелесообразным. В то же время риск развития осложнений при тотальном удалении ЩЖ по поводу АИТ очень высок

[2, 8, 9]. Ряд авторов считают, что наиболее рациональным объемом операции при АИТ является тиреоидэктомия или предельно-субтотальная резекция ЩЖ [5, 7].

Цель исследования — обосновать выбор оптимального объема оперативного вмешательства на основании изучения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с аутоиммунным тиреоидитом.

Материалы и методы. В проспективное контролируемое исследование включены 19 пациентов с АИТ, находившихся на лечении в хирургической клинике им. А.И. Кожевникова НижГМА за период с 2004 по 2009 гг. Все пациенты — женщины в возрасте от 39 до 56 лет

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

(средний возраст $43,7 \pm 3,1$ года). Продолжительность заболевания — от 1 года до 9 лет (средняя продолжительность $5,0 \pm 1,0$ года).

Определение уровня гормонов ЩЖ проводилось методом электрохемилюминесценции на автоматическом анализаторе Elecsys 1010 с использованием реактивов Roche (Швейцария). Ультразвуковое исследование ЩЖ выполнялось на ультразвуковом сканере Aloka SSD 3000 с помощью линейного датчика с частотой 7,5 МГц. Рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода водным раствором сульфата бария проводилась при подозрении на шейно-загрудинную локализацию зоба. По показаниям выполняли рентгенотомографию трахеи, а также компьютерную томографию средостения. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) ЩЖ осуществлялась под ультразвуковым контролем, с забором материала на цитологическое исследование. При проведении интраоперационной цитоморфометрии тиреоидной ткани оценивалось состояние фолликулярного эпителия, степень его пролиферации, а также степень лимфоцитарной инфильтрации.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения проводили на основе периодических осмотров пациентов. С целью оценки структуры и динамики изменений объема сохраненной ткани ЩЖ выполняли ультразвуковую переднюю поверхность шеи через 6 мес и через год после операции. На основании исследования тиреоидного статуса определяли эффективность заместительной терапии. Для осуществления динамического контроля субъективного восприятия пациентками качества их жизни использовали специальную анкету, которая была составлена с учетом различного уровня комплаентности пациенток. Результаты интерпретировались по 12-балльной шкале.

Статистическую обработку проводили 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 $M \pm \sigma$, где M — среднее значение показателей, σ — стандартное отклонение при условии нормального распределения значений показателей. Для попарного сравнения независимых выборок использовали критерий Дана (критерий Q). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты и обсуждение. До госпитализации в хирургическую клинику 15 пациенток находились под наблюдением эндокринолога по поводу хронического гипертрофического тиреоидита с недостаточностью функции ЩЖ (первичным гипотиреозом). Медикаментозный эутиреоз у них достигнут в результате проведения заместительной терапии левотироксином натрия в средней дозе $1,2 \pm 0,1$ мкг/кг массы тела. У 4 человек функциональных нарушений в тиреоидном статусе не было. У всех пациенток был выявлен высокий титр антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО): средние значения составили 928 ± 123 ед./л. При осмотре у 2 человек выявлено увеличение ЩЖ II степени по О.В. Николаеву (1952), у 5 — III степени, у 11 — IV и у

одной пациентки — V степени. Клинические проявления синдрома компрессии трахеи были подтверждены результатами рентгеновского исследования у 14 больных. По данным ультразвуковой диагностики, у всех пациенток отмечены структурные изменения, характерные для АИТ: диффузная неоднородность и снижение эхогенности ткани ЩЖ. Объем ткани ЩЖ в среднем составил $97,3 \pm 13,1$ см³. У 14 человек выявлены узловые образования в ткани ЩЖ (солитарные — у 9, множественные узлы — у 5). Всем больным с узловыми образованиями выполнена ТАПБ. При цитологическом исследовании пунктата отмечена выраженная лимфоцитарная инфильтрация, дистрофия тиреоцитов и крупные оксифильные клетки Гюртле—Ашкенази. У 5 пациенток на фоне аутоиммунных изменений в узлах были выявлены цитологические признаки наличия фолликулярной опухоли.

Таким образом, у 14 пациенток поводом к операции послужил синдром компрессии органов шеи, у 5 — подозрение на злокачественное новообразование на фоне аутоиммунных изменений в ткани ЩЖ (по результатам ТАПБ).

В ходе оперативного вмешательства у 7 пациенток макроскопически и на основании интраоперационного цитоморфологического исследования был заподозрен рак ЩЖ. Им была выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией. Интрафасциальная тиреоидэктомия осуществлена 5 больным с узлами, располагавшимися во всех отделах ЩЖ, в том числе и в зоне связки Берри. Остальным проведена субтотальная резекция ЩЖ с оставлением тиреоидной ткани в области трахеопищеводной борозды с обеих сторон от трахеи. У одной пациентки послеоперационный период осложнился транзиторным парезом гортани с сохранением адекватного дыхания.

При гистологическом анализе операционного материала у всех пациенток отмечены морфологические изменения, характерные для АИТ: атрофия тиреоцитов, гиалиноз стромы и выраженная лимфоидная инфильтрация ткани ЩЖ. При исследовании узловых структур у 5 человек выявлены фолликулярные, а у 2 — b-клеточные аденомы ЩЖ. У 4 больных обнаружен папиллярный и у 1 — фолликулярный рак ЩЖ, что подтвердило обоснованность выполнения этим пациенткам экстрафасциальной тиреоидэктомии. T₂N₁M₀-стадия заболевания отмечена у 2 пациенток, им в последующем была проведена радиойодтерапия в МРНЦ РАМН (г. Обнинск). У 3 женщин заболевание классифицировалось как T₁N₀M₀.

Непосредственно после операции всем пациенткам назначалась терапия левотироксином натрия в заместительной дозе 1,4 мкг/кг массы тела. После получения гистоморфологических результатов исследования операционного материала доза препарата у больных с раком ЩЖ повышена до супрессивных значений (2,0 мкг/кг массы тела).

При анализе отдаленных результатов оперативных вмешательств, предпринятых по поводу АИТ, оказалось, что доза левотироксина натрия, потребовавшаяся

для адекватной коррекции гипотиреоза, не зависела от объема операции и составила в среднем $1,8 \pm 0,1$ мкг/кг массы тела. Пациенткам, у которых по результатам гистологического исследования операционного материала верифицирован дифференцированный рак ЩЖ, терапия левотироксином проводилась в супрессивной дозе — $2,3 \pm 0,2$ мкг/кг массы тела. По результатам ультрасоноскопии, у 5 пациенток после субтотальной резекции ЩЖ в области трахеопищеводной борозды визуализировалась ткань ЩЖ с признаками диффузной неоднородности, средним объемом $1,2 \pm 0,4$ см³. У двух больных после такого вмешательства ткани ЩЖ в послеоперационной зоне ультрасоноскопически выявить не удалось. Аналогичная ультрасоноскопическая картина отмечена и у 5 человек после интрафасциальной тиреоидэктомии.

При попарном сравнении показателей качества жизни у пациенток после экстрафасциальной и интрафасциальной тиреоидэктомии, а также после субтотальной резекции ЩЖ с сохранением менее 2 см³ тиреоидной ткани статистически значимых различий не выявлено ($Q=2,284$; $p>0,05$).

Заключение. При развитии компрессионного синдрома у больных АИТ для профилактики развития осложнений целесообразно выполнение субтотальной резекции ЩЖ с оставлением тиреоидной ткани в трахеопищеводной борозде с обеих сторон от трахеи. Интрафасциальная тиреоидэктомия является операцией выбора при наличии узлов на фоне хронических аутоиммунных изменений в ткани ЩЖ. Экстрафасциальную тиреоидэктомию с центральной лимфодиссекцией необходимо осуществлять при обоснованном подозрении на рак ЩЖ.

Литература

1. Петунина Н.А., Герасимов Г.А. Аутоиммунный тиреоидит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении. Пробл эндокринологии 1997; 4: 30—35.
2. Лукавецкий А.В. Аутоиммунный тиреоидит (патогенез, патоморфоз, диагностика, консервативное и хирургическое лечение). Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Львов, 2001.
3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Руководство. 3-е изд. СПб: Питер; 2006; 368 с.
4. Utiger R.D. The thyroid: physiology, thyrotoxicosis, hypothyroidism, and the painful thyroid. In: P. Felig, L.H. Frohman (editors). Endocrinology and Metabolism. Princeton; 2001; p. 261—347.
5. Знаменский А.А., Ветшев П.С., Животов В.А. и др. Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний щитовидной железы у молодых. В кн.: Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы XVI Рос. симпозиума по хирургической эндокринологии. Саранск; 2007: 90—92.
6. Besic N., Sesek M., Peric B. et al. Predictive factors of carcinoma in 327 patients with follicular neoplasm of the thyroid. Med Sci Monit 2008; 14: 459—467.
7. Clark Orlo H. Endocrine surgery of the thyroid and parathyroid glands. St. Louis. Toronto—Princeton: The C.V. Mosby Company; 1985.
8. Хирургическая эндокринология. Руководство. Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. СПб: Питер; 2004; 960 с.
9. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб: ИГК «Вести»; 2009; 647 с.