

АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗОБА

Т.А. КУРАНОВА, В.И.ОСИНА

*ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им. М.И.Калинина, e-mail: samaranevr@samtel.ru*

**Аннотация:** рассматривается тема отдалённых последствий оперативного лечения зоба в плане его рецидива. Проводится анализ 50 случаев наблюдения за пациентами, прооперированными по поводу зоба. Выявлено достоверно меньшее число рецидивов зоба после операции на обеих долях щитовидной железы, в том числе при субтотальной резекции, чем при операциях меньшего объёма. Выявлена прямая зависимость между объёмом тиреоидного остатка и возникновением рецидивного зоба. Вычислен оптимальный объём тиреоидного остатка. Выявлена прямая зависимость между объёмом тиреоидного остатка и послеоперационным гормональным тиреоидным фоном.

**Ключевые слова:** послеоперационный рецидив зоба, объём тиреоидного остатка, субтотальная резекция щитовидной железы, послеоперационный гормональный тиреоидный фон.

THE ANALYSIS OF LONGTERM EFFECTS OF OPERATIVE TREATMENT OF THE GOITRE

T. A. KURANOVA, V. I. OSINA

*Samara Regional Clinical Hospital after M.I. Kalinin, e-mail: samaranevr@samtel.ru*

**Abstract:** the article considers long-term effects of operative goitre treating the is considered in terms of its relapse. Analysis of post-operative 50 goitre cases is carried out. For certain lesser quantity of goitre post-operative relapses in both lobes of thyroid gland including those at subtotal resection were observed in comparison with surgery of smaller volume. Direct correlation between the volume of remained thyroid tissue and goiter relapse has been revealed. Direct correlation between the volume of remained thyroid tissue and post-operative thyroid hormonal background has been revealed.

**Key words:** postoperative goiter relapse, volume of the remained thyroid tissue, subtotal thyroid resection, postoperative thyroid hormonal background.

**Цель исследования** – анализ отдаленных последствий оперативного лечения зоба с целью выяснения причин возникновения *послеоперационного рецидива зоба* (ПРЗ) и способов его минимизации.

**Материалы и методы исследования.** Произвольно отобрано 50 амбулаторных пациентов прооперированных по поводу эутиреоидного (одно и многоузлового) – 29 человек и тиреотоксического (одно, многоузлового и диффузного) зоба – 21 человек, за исключением случаев экстирпации щитовидной железы. Давность оперативного вмешательства на момент оценки его последствий, составила в среднем в 7,6 лет. По половой принадлежности большинство прооперированных – 48 человек (98%) – это женщины. Средний возраст пациентов на момент операции составил 41 год. Большинство пациентов (85%) были прооперированы в СОКБ им. М.И. Калинина.

Оценка последствий операции проводилась по следующим признакам: объём операции, результат гистологического анализа зоба, гормональный фон в динамике до и после операции, УЗИ *тиреоидного остатка* (ТО), в том числе его объём, в динамике, выполненное в ближайшее время после операции и к моменту оценки последствий.

Благоприятным исходом операции мы расценили случаи, в которых при проведении УЗИ ТО на момент оценки последствий, не было выявлено очаговой патологии более 1 см в диаметре, а гормональный фон был эутиреоидным либо гипотиреоидным, объём ТО не превышал 18 см<sup>3</sup>.

Неблагоприятным исходом операции мы расценили случаи, в которых при проведении заключительного УЗИ ТО была выявлена очаговая патология более 1 см в диаметре либо его объём превышал 18 см<sup>3</sup> и /или гормональный фон был гипертиреоидным. Случаи благоприятных и неблагоприятных исходов операции были проанализированы нами отдельно.

**Результаты и их обсуждение.** Благоприятные исходы наблюдались в 23 случаях (46%), неблагоприятные в 27 случаях (54%). Из 21 пациента, прооперированного по поводу тиреотоксического зоба у 8 отмечался в последствии рецидив тиреотоксикоза (38,1%). Из 29 пациентов, прооперированных по поводу эутиреоидного зоба у 19 человек (65,5%) возник рецидив узлов в разные сроки после операции. Только 12% прооперированных больных не нуждались в приеме заместительных гормональных препаратов и дальнейшем наблюдении эндокринолога в отдаленном послеоперационном периоде.

Сравнительный анализ случаев благоприятного исхода операции и случаев послеоперационного рецидива зоба. Получены следующие результаты. Подавляющее большинство пациентов с благоприятными исходами операции (65%) подверглись субтотальной резекции *щитовидной железы* (ЩЖ). При неблагоприятных исходах этот процент составил только 44. Гистологическое строение зоба в двух рассматриваемых подгруппах существенно не различалось. Несколько больше (на 10%) тиреотоксического зоба в подгруппе с

благоприятным исходом операции. По остальным гистологиям разница составила не более 4-6%. При благоприятных исходах процент операций, приведших к гипотиреозу – 74% (из них 48% манифестный, 26% субклинический), значительно больше, чем неблагоприятных – 33%. В то же время эутиреоз в последнем случае наблюдался несколько чаще в 37% случаев против 26% при благоприятных исходах. Средний объем ТО при благоприятных исходах операции составил 5,9 см<sup>3</sup>, а при неблагоприятных – 17,8 см<sup>3</sup>.

Выявилась прямая пропорциональная зависимость между объемом ТО и уровнем гормонального фона после операции. Чем меньше остаток, тем ниже уровень гормонального фона.

**Выводы:**

1. Оперативное лечение зоба нельзя назвать эффективным методом лечения, так как высок процент послеоперационного рецидива зоба – 54% по нашим данным. Только 12% прооперированных пациентов не нуждаются после операции в наблюдении эндокринолога и/или получении заместительной терапии тиреоидными гормонами.

2. Прогноз оперативного лечения зоба в плане его рецидива зависит от объема ТО. Чем меньше тиреоидный остаток, тем лучше отдаленный прогноз операции. Оптимальный объем ТО – менее 5,9 см<sup>3</sup>.

3. Послеоперационный тиреоидный гормональный фон прямо зависит от объема Т.О. Объем ТО менее 5,9 см<sup>3</sup> неизбежно сопряжен с манифестным (48%), либо с субклиническим гипотиреозом (26%). Поэтому гипотиреоз следует рассматривать как цель операции, а не её негативное последствие.

4. Оптимальным объемом операции является субтотальная резекция щитовидной железы.

5. Хирург, оперирующий Щ.Ж. должен хорошо владеть способами интраоперационного определения объема ТО.

**Литература**

1. Балаболкин, М.И. Фундаментальная и клиническая тиродология: рук./М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Креминская; рец. Е.И. Соколов, Р.К. Исламбеков.– М.: Медицина, 2007.– 816 с.

2. Бровкина, А.Ф. Эндокринная офтальмопатия / А.Ф. Бровкина.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.– 184с.

3. Эндокринология: схемы лечения: справ./под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко, ред.-сост. Д.Е. Колода.– М.: Миклош, 2007.– 304 с.

4. Вербовой, А.Ф. Заболевание щитовидной железы у людей пожилого возраста: учеб.-метод. пособие / А.Ф. Вербовой, А.В. Пашенцева; Минздравсоцразвития СО, ГОУ ВПО, СамГМУ, Гериатрический науч.-практ. центр.– Самара: СамГМУ, 2009.– 48 с.

5. Кеннеди, Л. Диагностика и лечение в эндокринологии: проблемный подход / Л.Кеннеди, А.Басу; пер.с англ. Под ред. В.В.Фадеева.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.– 302с.

6. Клиническая хирургия: нац. рук. В.З. Т.2/ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко; АСМОК.–М.: ХЭОТАР-Медиа, 2009.– 832с.

7. Wallace, L.B. Percutaneous and video– assisted adlation of endocrine tumors: liver, adrenal, and thyroid / L.B. Wallace, E. (Berber Surg Laparosc Endosc Percutan Tech ).– 2011.– Vol.21 (4).– P.255–9.

8. Oertli, D. Surgery of the thyroid and parathyroid glands (Text) editors: Daniel Oertli, Robert Ubelsman.– Berlin: Springer, 2007.– 354 p.