

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.И. Россошанская

Кафедра госпитальной хирургии
Ярославская государственная медицинская академия
ул. Революционная, 5, Ярославль, Россия, 150000

Были изучены отдаленные результаты хирургического лечения больных, оперированных по поводу узловых образований щитовидной железы. Согласно нашим исследованиям, послеоперационный гипотиреоз можно расценивать не как осложнение, а как закономерный исход обширных резекций тиреоидной ткани. Диспансерное наблюдение эндокринолога в послеоперационном периоде и адекватная заместительная терапия L-тироксина позволяют сохранять эутиреоидный статус у большинства оперированных больных, даже при радикальных операциях на щитовидной железе.

Ключевые слова: щитовидная железа, удаление щитовидной железы, L-тироксин.

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) по своей распространенности занимают первое место в структуре эндокринной патологии, при этом рост числа заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) отмечается, преимущественно, за счет увеличения узловых форм. Однако объем оперативного вмешательства при узловой трансформации ЩЖ является предметом продолжающихся дискуссий.

Были изучены отдаленные результаты хирургического лечения 284 больных, оперированных по поводу узловых образований ЩЖ на базе кафедры госпитальной хирургии ЯГМА (Городская клиническая больница № 9). Из них коллоидный пролиферирующий зоб выявлен у 178 больных, что составило 62,68%, в том числе рецидивный — у 14 пациентов (4,93%), аденомы ЩЖ — у 68 больных (23,94%), высокодифференцированные формы рака ЩЖ — у 38 больных (13,38%). К моменту исследования прошло от двух до десяти лет после выполнения оперативного пособия.

Пациенты перенесли следующие по объему операции: гемитиреоидэктомия (ГТЭ) была выполнена 64 больным (22,54%), субтотальная резекция обеих долей ЩЖ (СРЩЖ) — 66 больным (23,24%), удаление одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой — 74 больным (26,06%), тиреоидэктомия (ТЭ) выполнялась 80 больным (28,16%).

Оценка тиреоидного статуса проводилась по уровню тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного Т4 (Т4св).

Проведенные ретроспективные исследования показали, что после ГТЭ эутиреоз наблюдался в 81,25% случаев, субклинический послеоперационный гипотиреоз (ПОГ) — в 18,75%, манифестного гипотиреоза не было. L-тироксин не получали 28,13% больных.

При выполнении СРЦЖ эутиреоз наблюдается в 81,82% случаев, субклинический гипотиреоз — в 15,15% случаев и манифестный — в 3,03%. L-тироксин не получали 12,12% пациентов. После удаления одной доли ЩЖ с резекцией или субтотальной резекцией другой доли результаты были следующими. Эутиреоидное состояние отмечено в 59,46% случаев, субклинический ПОГ наблюдался у 27,03% больных, манифестный — у 13,51%. L-тироксин не получали только 2,7% больных. После ТЭ эутиреоз установлен в 70,00% случаев, субклинический гипотиреоз наблюдался в 22,50% случаев, манифестный — в 7,50%. L-тироксин получали все больные.

Таким образом, ретроспективные исследования свидетельствуют, что степень корригирующей терапии после оперативного пособия определяется объемом тиреоидного остатка и степенью его активности.

Среди обследованных нами пациентов объем тиреоидного остатка по данным ультразвукового исследования в отдаленном послеоперационном периоде был следующим. После ГТЭ он составил $6,05 \pm 0,85$ мл, после СРЦЖ — $4,69 \pm 1,01$ мл, после удаления одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой — $2,60 \pm 0,51$ мл, после ТЭ объем тиреоидного остатка составил $0,18 \pm 0,09$ мл.

Эхоструктурные изменения в виде наличия узлов, кист, гипоехогенных участков выявлены в 34,38% случаев после ГТЭ (причем поражение оставленной после операции доли обнаружено у 31,25% больных, поражение ЩЖ с обеих сторон — у 3,13%). Вышеуказанные изменения выявлены после СРЦЖ в 52,17% случаев, после удаления одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой — у 17,14%. Узлы размером более 1 см, и, соответственно, требующие активной лечебной тактики в виде ТИАБ и возможного применения малоинвазивных хирургических методов, у пациентов, перенесших ГТЭ, выявлены в 3,13% случаев. После СРЦЖ данные изменения выявлены у 26,09% пациентов, после удаления одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой — у 5,71%. Рецидив узлового зоба, потребовавший оперативного лечения, был выявлен в 3,13% наблюдений после ГТЭ и в 4,35% — после СРЦЖ.

Таким образом, эхоструктурные изменения тиреоидной ткани после СРЦЖ наблюдаются более чем у половины обследованных больных в отдаленном послеоперационном периоде, а частота ПОГ сравнима с таковой у больных, перенесших ТЭ. При этом послеоперационный гипотиреоз можно расценивать не как осложнение, а как закономерный исход обширных резекций тиреоидной ткани. Диспансерное наблюдение эндокринолога в послеоперационном периоде и адекватная заместительная терапия L-тироксином позволяют сохранять эутиреоидный статус у большинства оперированных больных, даже при радикальных операциях на ЩЖ, тем самым поддерживая хорошее качество жизни пациентов.

LONG-TERM OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULAR FORMATIONS

E.I. Rossoshanskaya

Department of hospital surgery
Yaroslavl state medical academy
Revolution str., 5, Yaroslavl, Russia, 150000

Aim: to study long-term outcomes of treatment of nodular goiter, depending on the initial pathology and the volume of surgical intervention. In the late postoperative period ultrasound changes in thyroid tissue after subtotal resection of both lobes observed in more than half the patients. Adequate replacement therapy can maintain euthyroid status of patients, even after thyroidectomy, and postoperative hypothyroidism can not be regarded as a complication, as well as a logical outcome of major resection of thyroid tissue.

Key words: thyroid gland, thyroidectomy, L-thyroxin.