

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

И.В. Макаров, Р.А. Галкин, М.М. Андреев

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

В статье отражены современные представления о лечении диффузного токсического зоба (ДТЗ) за рубежом и в России. Кратко изложены плюсы и минусы основных методов лечения и отношение к ним в различных странах мира. В публикации представлен опыт хирургического лечения 185 пациентов с ДТЗ. Дан анализ отдаленных результатов хирургического лечения и качества жизни 92 пациентов с данной патологией в сроки от 1 года до 10 лет.

Ключевые слова: диффузный токсический зоб, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

Проведенные в последнее десятилетие эпидемиологические исследования в Европе и США продемонстрировали высокую распространенность синдрома гипертиреоза. По результатам широкомасштабного популяционного исследования NHANES III, проведенного в США в 2002–2003 годах, манифестный тиреотоксикоз выявлен у 0,5 % взрослого населения, а субклинический – у 0,8 % [9].

В России заболеваемость диффузным токсическим зобом (ДТЗ) в различных регионах страны составляет от 20 до 50 случаев на 100 000 населения. При этом болеют преимущественно женщины трудоспособного возраста от 18 до 50 лет [4, 5].

Существует три основных подхода к лечению ДТЗ: медикаментозный, хирургический и радиологический, отношение к которым в разных странах неоднозначное.

Наиболее широко распространена консервативная терапия, характеризующаяся относительно быстрым лечебным эффектом. Нормализация самочувствия и снижение уровня тиреоидных гормонов у большинства больных наблюдается в течение 4–6 недель от начала лечения. Метод неинвазивен и исключает риски операционного вмешательства. Однако основными недостатками терапии тиреостатиками является высокий риск рецидива заболевания (до 80 % наблюдений) и развитие осложнений, связанных с аллергическими реакциями и угнетением белого ростка костного мозга [1, 2].

Во многих европейских странах все большее значение в лечении ДТЗ приобретает терапия радиоактивным йодом (I^{131}). По мнению большинства исследователей, лечение радиоактивным йодом является относительно простым, неинвазивным, эффективным и наиболее экономичным методом. В США и Канаде терапия I^{131} является методом выбора при впервые выявленном ДТЗ. В Японии, напротив, наблюдается традиционно сдержанное отношение обывателя к применению радиоактивных изотопов. В России после почти 20-летнего затишья вновь начинает применяться радиойодтерапия, ча-

ще всего при рецидивах тиреотоксикоза после консервативной терапии, а так же при рецидиве заболевания после хирургического лечения [6–8].

Последние годы, в соответствии с исследованиями Европейской тиреоидологической ассоциации (ЕТА), хирургическая операция в качестве начального метода лечения больных ДТЗ используется редко. Лишь для 7,3 % пациентов было выбрано хирургическое лечение и основным показанием для него являлось наличие у больного зоба больших размеров. Даже в случаях рецидива гипертиреоза после консервативной терапии антитиреоидными препаратами частота резекций ЩЖ не превышала 10 %. Такие же исследования были проведены Американской тиреоидологической ассоциацией (АТА). Хирургическое лечение было использовано только у 2 % больных ДТЗ, при этом у 7 % из них зоб был больших размеров. Таким образом, в большинстве западных стран оперативное лечение в основном применяется у пациентов с рецидивом гипертиреоза после отмены должным образом проведенной тиреостатической терапии, при подозрении на неопластический процесс на фоне ДТЗ, либо в том случае, когда другие виды лечения противопоказаны [6, 9].

В Японии и России в отличие от западных стран большинство больных ДТЗ после консервативной терапии подвергаются хирургическому лечению. В Японии это связано, как уже было сказано, со сдержанным отношением к применению радиоактивных изотопов, а в России отсутствием специализированных центров для проведения терапии I^{131} [5, 8].

В последнее десятилетие в США и ряде европейских стран методом выбора хирургического лечения при ДТЗ является тиреоидэктомия. После столь расширенного оперативного вмешательства все больные получают заместительную гормональную терапию. Действительно, при этом не встречаются рецидивы тиреотоксикоза. Однако, целесообразно ли путем предупреждения рециди-

вов тиреотоксикоза всех больных обречь на получение заместительной терапии в течение всей жизни?

Целью настоящего исследования было изучение отдаленных результатов хирургического лечения больных ДТЗ, оперированных за последние 10 лет.

В хирургическом отделении МСЧ № 4 г. Самары и Дорожной клинической больницы на ст. Самара, являющимися клиническими базами кафедры хирургических болезней № 1, за период с 2000 по 2009 годы оперировано 185 пациентов с ДТЗ. Количество женщин преобладало и составило 170 человек (91,8 %), мужчин было всего 15 человек (8,2 %).

Показания к хирургическому лечению были следующие:

1) безуспешность консервативной терапии (обычно после повторного рецидива) и возникновение осложнений при ее проведении;

2) наличие зоба больших размеров, особенно если ЩЖ увеличивалась под влиянием тиреостатической терапии;

3) компрессия органов шеи увеличенной ЩЖ;

4) подозрение на неопластический процесс на фоне ДТЗ;

5) молодой возраст пациентов;

6) беременность или планирование беременности на ближайший срок;

7) необходимость устранения тиреотоксикоза в возможно кратчайший срок [3].

Пациенты поступали к нам после комплексного обследования и лечения у эндокринолога, как правило, при отсутствии клинических проявлений тиреотоксикоза. При необходимости, больным назначали 3–5 сеансов плазмафереза.

Оперативные вмешательства выполняли либо по классической методике субтотальной резекции щитовидной железы по О.Н. Николаеву или по методике Е.С. Драчинской. На кафедре разработаны специальные инструменты, облегчающие определенные этапы операции. Это устройство для перевязки щитовидных артерий (патент на полезную модель № 90315 от 10.01.2010 г.) и устройство для перевязки, пересечения перешейка щитовидной железы (патент на полезную модель № 90316 от 10.01.2010 г.). Объем и вес оставляемой ткани щитовидной железы определяли следующим образом: интраоперационно стерильным циркулем замеряли тиреоидный остаток (ТО) (длину, ширину, толщину), из удаленной доли выкраивали таких же размеров участок и взвешивали его. Таким образом, устанавливали размеры ТО щитовидной железы, в среднем оставляли не более 4–6 г.

В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдали у 10 больных (5,4 %). Преходящий парез возвратных нервов отмечали у 5 пациентов (2,7 %). При этом к моменту выписки клинические проявления у 4 больных были полностью купированы, еще у одной больной парез возвратных

нервов был купирован через 1,5 месяца. Серомы отмечены у 2 пациентов (1,08 %). У 3 пациентов (1,6 %) наблюдали кровотечения из ложа ЩЖ, по поводу которых проводили ревизию раны и остановку кровотечения. Летальных исходов не было.

В сроки от 1 года до 10 лет нами обследовано 92 пациента. Пациентов разделили на четыре группы по различным срокам после операции. Обследование включало осмотр пациентов, изучение результатов гормональных (T_3 , T_4 , ТТГ, антитела к тиреоглобулину и/или ТПО) и инструментальных методов обследования (УЗИ, скинтиграфическое исследование, ТАБ), проводили обязательное анкетирование пациентов с помощью специально разработанной анкеты-опросника (измененная SF-36) для оценки качества жизни и результатов лечения в целом.

Нами были получены следующие результаты (табл. 1). У большинства пациентов, – 36 человек (39,1 %), – в течение 10 лет отмечалось эутиреоидное состояние. Рецидив гипертиреоза наблюдали у 11 (12 %) пациентов. При этом пик рецидива гипертиреоза отмечали в сроки от 5 до 10 лет. Этот факт указывает на то, что больные должны постоянно находиться на диспансерном наблюдении, и именно в этот период времени они нуждаются в более пристальном внимании эндокринолога. Трех пациентов из 11 вынуждены были оперировать повторно. Послеоперационный гипотиреоз возник у 45 человек (48,9 %), при этом субклинический гипотиреоз, потребовавший небольшой медикаментозной коррекции, наблюдали у 28 (30,5 %) пациентов, манифестированный гипотиреоз – у 17 (18,4 %) больных.

При исследовании качества жизни пациентов оценивали следующие показатели: общее состояние здоровья, результаты проведенного лечения, самочувствие после операции и в отдаленный период, жалобы, относящиеся к настоящему состоянию больных, влияние настоящего состояния пациентов на взаимоотношения в социуме и семье и др.

При оценке качества жизни пациенты, набравшие в сумме 30–35 баллов, оценили свое состояние качества жизни как хорошее, всего 35 человек (38,1 %) (табл. 2). Пациенты этой группы не отмечали каких-либо жалоб, связанных с перенесенной операцией и лечением.

Контингент опрошенных, набравших от 20 до 30 баллов, – 40 человек (43,5 %), – отнесены к группе пациентов с удовлетворительным состоянием качества жизни. У них отмечали явления гиперили гипотиреоза, другие жалобы, связанные, в основном, с сопутствующими заболеваниями.

Пациенты – 17 человек (18,4 %), – набравшие менее 20 баллов, отнесены к группе больных с неудовлетворительным состоянием качества жизни. Данная группа больных находится на постоянном диспансерном наблюдении эндокринолога, терапевта, других специалистов и нуждается в проведении поддерживающей и симптоматической терапии.

Состояние тиреоидного гомеостата оперированных пациентов

Состояние тиреоидного гомеостата	Время после операции, лет				Итого
	до 2	до 5	до 7	до 10	
Эутиреоз	19 (48,7 %)	7 (35,0 %)	6 (30,0 %)	4 (30,8 %)	36 (39,1 %)
Послеоперационный субклинический гипотиреоз	12 (30,8 %)	6 (30,0 %)	7 (35,0 %)	3 (23,1 %)	28 (30,5 %)
Послеоперационный клинический гипотиреоз	7 (18,0 %)	4 (20,0 %)	5 (25,0 %)	1 (7,7 %)	17 (18,4 %)
Рецидив тиреотоксикоза (гипертиреоз)	1 (2,5 %)	3 (15,0 %)	2 (10,0 %)	5 (38,4 %)	11 (12,0 %)
Всего	39 (42,3 %)	20 (21,8 %)	20 (21,8 %)	13 (14,1 %)	92

Таблица 2

Качество жизни оперированных пациентов

Оценка качества жизни	Время после операции, лет				Итого
	до 2	до 5	до 7	до 10	
Хорошее	21 (53,8 %)	7 (35,0 %)	5 (25,0 %)	2 (15,4 %)	35 (38,1 %)
Удовлетворительное	16 (41,1 %)	9 (45,0 %)	10 (50,0 %)	5 (38,5 %)	40 (43,5 %)
Неудовлетворительное	2 (5,1 %)	4 (20,0 %)	5 (25,0 %)	6 (46,1 %)	17 (18,4 %)
Всего	39 (42,3 %)	20 (21,8 %)	20 (21,8 %)	13 (14,1 %)	92

Таким образом, полученные данные об отдаленных результатах лечения и качестве жизни пациентов свидетельствуют о том, что субтотальная резекция щитовидной железы при ДТЗ продолжает оставаться одним из адекватных оперативных вмешательств. Более одной трети оперированных больных (38,1 %), по нашим данным, не нуждаются в каком-либо медикаментозном лечении. Другой вопрос, что оставление объема ТО при этом должно быть минимальным, что связано, прежде всего, с опытом оперирующего хирурга и необходимостью выполнения хирургических вмешательств на ЩЖ в специализированных хирургических отделениях. Считаем, что выполнение тиреоидэктомии при ДТЗ не всегда соответствует основному, на наш взгляд, принципу операций на эндокринных органах, согласно которому оперативные вмешательства должны быть хирургически радикальными и эндокринологически щадящими.

Литература

1. Абрамова, Н.А. Консервативное лечение болезни Грейвса: принципы, маркеры рецидива и ремиссии / Н.А. Абрамова, В.В. Фадеев // Проблемы эндокринологии. – 2005. – № 6. – С. 44–49.
 2. Валдина, Е.А. Заболевания щитовидной железы: руководство. – 3-е изд., перераб. и доп. / Е.А. Валдина. – СПб.: Питер, 2006. – С. 81–87.
 3. Галкин, Р.А. Предоперационная подготовка и выбор обезболивания при операциях на щитовидной железе: учеб. пособие / Р.А. Галкин,

И.В. Макаров, В.Я. Шибанов. – Самара: СОМИАЦ, 2004. – С. 10–15.

4. Дрометр, Д.А. Иммунологические аспекты дифференциальной диагностики синдрома гипертиреоза / Д.А. Дрометр, И.А. Тузанкина, А.В. Кияев // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2007. – Т. 3, № 1. – С. 18–23.

5. Хирургическая эндокринология: руководство / А.П. Калинин, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшев. – СПб.: Питер, 2004. – С. 81–100.

6. Differences and similarities in the diagnosis and treatment of Grave's disease in Europa, Japan and the United States. / L. Wartofsky, D. Glinioer, B. Solomon et al. // Thyroid. – 1991. – Vol. 1, № 1. – P. 129–135.

7. Long-term follow-up after antithyroid drug treatment in Grave's disease / T. Wille, B. Muller, D. Noth et al. // Runds. Med. Prax. – 2006. – Vol. 95. – P. 1121–1127.

8. Matoba, N. Surgery for Grave's disease in Japan / N. Matoba // Lecture at 23rd Conference of the Japanes Society of Thyroid Sugery. – 1991. – P. 277–285.

9. Serum thyrotropin, thyroxine, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): national health and nutrition examination survey (NHANES III) / J.G. Hollowell, N.W. Staehling, W.H. Hannon et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2002. – Vol. 87. – P. 488–499.

Поступила в редакцию 30 апреля 2010 г.