

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИФФУЗНО - ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Диффузно-токсический зоб, который также называют по имени описавших его авторов болезнью Грейвса, Базедова, Парри или Флаяни, относится к числу наиболее распространенных заболеваний не только щитовидной железы, но и всей эндокринной системы. Диффузно-токсическим зобом страдает до 1% популяции (1, 2). Как свидетельствует опыт Эндокринологического научного центра РАМН, диффузный токсический зоб составляет одну из основных причин обращаемости населения к эндокринологу. На долю диффузно-токсического зоба приходится до 80% всех случаев гиперфункции щитовидной железы (3, 4). Наиболее часто диффузно-токсический зоб встречается в возрасте до 40 лет, у женщин в 10 раз чаще, чем у мужчин. Оперативное лечение диффузно-токсического зоба остается актуальной проблемой хирургии. Принято считать, что объем оставляемой тиреоидной ткани является одним из важнейших факторов, который контролируется хирургом (5, 6). Тем не менее, операция далеко не всегда позволяет восстановить эутиреоидное состояние больного. В те или иные сроки после операционного вмешательства развивается гипотиреоз или возникает рецидив тиреотоксикоза. По данным различных авторов (7, 8), частота послеоперационного гипотиреоза колеблется от 5 до 80%, а рецидив диффузно-токсического зоба развивается приблизительно у 15-20% прооперированных больных. Согласно общепринятому мнению большинству пациентов показана субтотальная резекция щитовидной железы с оставлением 4-8 г тиреоидной ткани (9, 10). Некоторые исследователи рекомендуют определять оптимальный объем тиреоидного остатка индивидуально, в зависимости от выраженности лимфоидной инфильтрации тиреоидной ткани (11, 12).

Цель исследования улучшение результатов хирургического лечения токсических форм зоба.

Материал и методы.

В хирургическом отделении городской клинической больницы №7 г. Алматы с 2010 года по 2013 год на стационарном лечении находились 192 (27,5%) больных с токсическими формами зоба. Из них 171 (89,1%) женщин и 21 (10,9%) мужчины в возрасте от 19 до 72 лет.

Гиперфункция щитовидной железы может быть связана как с диффузно-токсическим зобом, так и возникновением одного или нескольких узлов в

щитовидной железе, активная функция которых ведет к гиперпродукции тиреоидных гормонов. Среди наших больных по поводу диффузно-токсического зоба оперативному лечению подверглись 154 (80,2%) больных, по поводу токсической аденомы щитовидной железы - 38 (19,8%) больных.

При токсических формах зоба мы применяем собственный усовершенствованный метод субтотальной субфасциальной резекции всей щитовидной железы по О.В. Николаеву.

Для быстрого и точного установления объема оставляемой ткани щитовидной железы в клинике разработан и внедрен новый метод резекции железы и определения объема оставляемой ткани щитовидной железы после операции (Пред. патент № 18592 на изобретение РК "Способ резекции щитовидной железы" от 16.07.2007, бюл. № 7).

Способ осуществляют следующим образом.

Под общим обезболиванием или под местной анестезией больного укладывают на операционный стол "лежа" на спине, без валика в горизонтальном положении, тем самым, создают благоприятные условия для интубации трахеи при любых размерах зоба щитовидной железы, особенно у тех больных, которые имеют признаки компрессии дыхательных путей.

Далее осуществляют разрез кожи и подкожной клетчатки по Кохеру. Отслаивают продольно по средней линии шеи грудино-подъязычные и грудино-щитовидные мышцы. Мобилизуют претиреоидные мышцы на всем протяжении по средней линии шеи и отводят их в стороны, предварительно клиновидно рассекая их фасцию высоко по верхнему наружному направлению до их места прикрепления к щитовидному хрящу, что обеспечивает широкий доступ к щитовидной железе, без ее травматизации. Далее тщательно мобилизуют верхний и нижний край раны до верхних и нижних границ зоба. Претиреоидные мышцы раздвигают по белой линии после рассечения третьей фасции шеи. На всем протяжении железы продольно рассекают ее собственную фасцию (наружный листок четвертой фасции). По мере мобилизации проводят визуальное и пальпаторное исследование железы. Начинают выделение железы вместе с капсулой перешейка от трахей изогнутым зажимом. Перешеек железы пересекают между двумя мягкими прямыми зажимами. Независимо от формы зоба (узловой, диффузный, смешанный) всегда удаляют перешеек щитовидной железы. Далее продолжают выделение железы до боковой стенки трахеи, вместе с капсулой щитовидной железы до заднемедиальной поверхности доли щитовидной железы. Затем производят частичное рассечение висцерального листка четвертой фасции шеи. После этого производят мобилизацию нижнего полюса железы с перевязкой нижней щитовидной артерии. Затем мобилизуют верхний полюс с перевязкой верхней щитовидной артерии. Далее нижний и верхний полюс щитовидной железы захватывают зажимами "Алиса", приподнимают и несколько натягивают и отводят долю вверх и медиально для мобилизации латеральной поверхности доли железы. Визуальное выделение возвратного гортанного нерва и парашитовидной железы не производим. Мы считаем, что любые манипуляции вблизи возвратного гортанного нерва приводит к причинам нарушения подвижности голосовых складок сдавление его вследствие воспалительного отека, гематомы и вовлечение нерва в рубцовый процесс. Затем производят субтотальную субфасциальную резекцию ткани щитовидной железы над двумя или тремя зажимами Кохера, проведенными поперечно косо, сверху вниз, через всю толщину щитовидной железы со стороны трахеи, под зажимами перевязывается. При этом исключаются множественные лигатурные узлы над оставляемой культы щитовидной железы. Определение объема оставляемого ткани доли щитовидной железы у каждого больного строго индивидуально.

Результаты и их обсуждения.

У 25 (26,9%) больных выявлена тяжелая степень функциональной активности щитовидной железы. Клинически у этих больных отмечается тяжелая форма тиреотоксикоза, плохо поддающаяся медикаментозной коррекции. Большинство из этих больных в предоперационном периоде получали сеансы плазмафереза. Интраоперационно паренхима щитовидной железы рыхлая, на разрезе ткань "сочная".

У 46 (49,5%) больных определена функциональная активность средней степени. Тиреотоксикоз - средней степени тяжести, поддающийся медикаментозной коррекции. На разрезе паренхима железы менее "сочная".

У 22 (23,6%) больных выявлена легкая степень функциональной активности ткани щитовидной железы. У больных клинически определяется легкая или средняя степень тяжести тиреотоксикоза. Больные более легко достигают состояния эутиреоза на фоне медикаментозной терапии.

По мнению подавляющего большинства хирургических клиник оперативное вмешательство у больных с токсическими формами зобов следует производить в эутиреоидном состоянии, для достижения которого следует использовать все средства, имеющиеся в распоряжении хирурга.

У большинства наших больных эутиреоз достигался приемом анти тиреоидных препаратов (мерказолила в дозе 30-40 мг в сутки в течение 2-4 недель), назначением анаприлина и седативных средств. Однако мерказолил обладает так называемым "струмогенным" действием, вызывая увеличение размеров железы и ее кровенаполнение, что вызывает дополнительные технические трудности при выполнении оперативного вмешательства. Поэтому, достигнув эутиреоза, за неделю до оперативного лечения мы снижали дозу мерказолила до 15 мг в сутки и назначали препараты йода, обычно раствор Люголя по 20-30 капель 3 раза в сутки для уменьшения кровенаполнения железы. Кроме того, назначали гемостатическую терапию (викасол, дицинон), что значительно облегчало проведение оперативного пособия.

С целью предоперационной подготовки 12 больным провели метод экстракорпоральной детоксикации путем применения плазмафереза. Показанием к плазмаферезу до операции служило отсутствие медикаментозной компенсации тиреотоксикоза.

В зависимости от распространенности поражения, формы зоба и объема вмешательств, производили гемиструмэктомию, субтотальную субфасциальную резекцию щитовидной железы – одно - или обеих долей, удаление одной и субтотальная субфасциальная резекция второй доли с удалением перешейка. При удалении одной из долей (гемиструмэктомию) межкапсульную клетчатку подщитовидного пространства мобилизуют тупым и острым путями от капсулы блоком в сторону собственной фасции вместе с долей для уменьшения кровопотери. Без необходимости во время операции визуализацию возвратного нерва не производят. Правило относительно возвратных нервов «смотри, но не трогай» исключает травму этих нервных стволов и нарушение их кровоснабжения.

Оперативное лечение было выполнено всем пациентам с токсическими формами зоба. У 154 (80,2%) пациентов с диффузным токсическим зобом во всех случаях была произведена субтотальная субфасциальная резекция обеих долей щитовидной железы. Объем хирургического вмешательства при полинодозном токсическом зобе определяется характером и обширностью поражения железы узловым процессом. В большинстве случаев проводили субтотальную субфасциальную резекцию обеих долей щитовидной железы с максимальным оставлением визуально неизменной ткани железы в размере дистальной фаланги мизинца конкретного больного. Тиреоидэктомия произведена у 1 больного.

Из 38 (19,8%) пациентов с полинодозным токсическим зобом гемиструмэктомию доли с экстирпацией перешейка выполнена 9 (23,7%) больным. Из них правой доли у 4 больных, левой доли у 5 больных. Субтотальная субфасциальная резекция одной доли с удалением перешейка - 7 (18,%) больным, субтотальная субфасциальная резекция обеих долей с удалением перешейка 21 (55,3%) больным. В одном случае была произведена тиреоидэктомия, так как вся паренхима щитовидной железы состояла из конгломерата множественных узлов.

Гемиструмэктомию доли с экстирпацией перешейка выполнялась при одностороннем поражении щитовидной железы, субтотальная субфасциальная резекция одной или обеих долей с удалением перешейка - при двусторонней локализации полинодозных узлов.

Поражения возвратного нерва, повреждение крупных сосудов шеи и послеоперационная гипокальциемия у больных отсутствовали. Пациенты удовлетворены косметическим эффектом.

Разработанный способ резекции и установления объема оставляемой части доли щитовидной железы во время операции определенной в размере дистальной фаланги мизинца у 157 (81,85%) больных с токсической формой зоба, позволил снизить частоту послеоперационного гипотиреоза на нет и рецидива токсического зоба до 0,5%.

При обследовании больных в течение 1 года и 6 лет послеоперационный гипотиреоз и рецидива тиреотоксикоза у лиц, оперированных по данному способу, не было. Без заместительной терапии у больных клинический сохраняется стойкий эутиреоз и качество жизни не отличается от качества жизни здоровых лиц.

Заключение

Таким образом, выделение и резекция щитовидной железы по разработанному способу позволяет значительно снизить число ранних и поздних осложнений и дает возможность улучшить результаты хирургического лечения при токсических формах зоба. Разработанный нами ускоренный морфометрический метод определения функциональной активности щитовидной железы при токсических формах зоба дал возможность снизить частоту послеоперационного гипотиреоза и рецидива токсического зоба на 0,5%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Sugino K, Mimura T, Ozaki O. et al. Early recurrence of hyperthyroidism in patients with Graves' disease treated by subtotal thyroidectomy//World J. Surg. 1995; 19: N 648-652.
- 2 Балаболкин М. И. Эндокринология. М: Медицина, 1999. С.384-398.
- 3 Miccoli P., Vitti P., Rago T. et al. Surgical treatment of Graves' disease: Subtotal or total thyroidectomy?//Surgery. 1996; 120: N.1020-1025.
- 4 Латкина Н. В. Прогностическое значение клинико-иммунологических показателей в определении исходов хирургического лечения диффузного токсического зоба: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. С.22-33
- 5 Hermann M., Roka R., Richter B. et al. Early relapse after operation for Graves' disease: Postoperative hormone kinetics and outcome after subtotal, near-total, and total thyroidectomy//Surgery. 1998; 124: N. 894-900.
- 6 10. Фадеев В. В., Мельниченко Г. А. Гипотиреоз (руководство для врачей). М.: "РКИ Северо-пресс", 2002.С. 82-96.
- 7 Федак И. Р., Герасимов Г. А., Кузнецов Н. С., Шаталова Л. Д. Отдаленные результаты хирургического лечения диффузного токсического зоба//Проблемы эндокринологии. 1999. № 2. С. 28-30.
- 8 Alsanea O., Clark O. H. Treatment of Graves' disease: the advantages of surgery//Endocrinol. Metabol. Clin. 2000; 29; 2:N 321-337.
- 9 Canaris G. J., Manowitz N. R., Mayor G., Ridgway E. C. The Colorado thyroid disease prevalence study//Arch. Intern. Med. 2000; 160:N 526-534.
- 10 Петрова Н. Д., Хомякова В. Н., Мельниченко Г. А. Отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения больных диффузным токсическим зобом // Проблемы эндокринологии. 2000. № 6. С. 12-18.
- 11 International thyroid testing guidelines. National academy of clinical biochemistry//Los Angeles. 2001.
- 12 Аристархов В. Г., Кириллов Ю. Б., Пантелеев И. В., Воронина Т. А. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба в свете профилактики послеоперационного гипотиреоза: Материалы VIII (X) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Казань. 1999. С. 29-32.

Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Ж.Е. УТЖАНОВА, А.Б. ЖҮНІСБЕКОВА, А.Б. ТАЙБУРОВ, Ә.Ж. МЕРҒАЛИ

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
№ 2 хирургиялық интерантура және резидентура кафедрасы*

ЖАЙЫЛМАЛЫ УЫТТЫ ЖЕМСАУДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

Түйін: Осыған орай құрастырылған әдіспен қалқанша безді алып тастау және кесу, ерте және кештетілген асқынуларды төмендетеді және жемсаудың уытты түрінде хирургиялық емнің нәтижелерін жақсартады. Бізбен құрастырылған қалқанша без

қызметі белсенділігін анықтайтын жылдамдатылған морфометриялық әдіс жемсаудың уытты түрінде отадан кейінгі гипотиреоз жиілігін төмендетумен қоса уытты жемсаудың қайталануын 0,5%-ға төмендетті.

ZH.N. KYZHYROV, J.E. UTZHANOVA, A.B. ZHYNISBEKOVA, A.B. TAYBUROV, A.ZH. MERGALI

*Department of internship and residency in surgery number 2
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiarov*

SURGICAL TREATMENT OF DIFFUSE - TOXIC GOITER

Resume: Thus, allocation and a resection of a thyroid gland on the developed way allows to lower considerably number of early and late complications and enables to improve results of surgical treatment at toxic forms of a craw. Developed by us accelerated morph metric the method of definition of functional activity of a thyroid gland at toxic forms of craws has enabled to lower frequency postoperative hypothyroids from and relapse of a toxic craw from to 0,5 %.