

Стяжкина Светлана Николаевна

профессор, доктор медицинских наук

Преподаватель кафедры факультетской хирургии с курсом урологии

Ижевская государственная медицинская академия

г. Ижевск, РФ

Аммосов Роман Игоревич

Студент 4 курса

Ижевская государственная медицинская академия

Загуменов Павел Леонидович

Студент 4 курса

Ижевская государственная медицинская академия

г. Ижевск, РФ

ТОТАЛЬНАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

***Аннотация:** Статья посвящена вопросам выбора операции тотальной тиреоидэктомии при доброкачественных заболеваниях щитовидной железы, а также возможным послеоперационным осложнениям. В качестве выборочной совокупности взяты истории болезней пациентов с данными диагнозами в период с января 2015 по декабрь 2018 года хирургического стационара.*

***Ключевые слова:** Щитовидная железа, заболевания щитовидной железы, многоузловой зоб, хирургия, тиреоидэктомия.*

***Abstract:** the Article is devoted to the choice of total thyroidectomy in benign thyroid diseases, as well as possible postoperative complications. The histories of patients with these diagnoses in the period from January 2015 to December 2018 of the surgical hospital were taken as a sample.*

Key words: Thyroid gland. Thyroid disease. Multinodular goiter. Surgery. Thyroidectomy.

Щитовидная железа-это железа внутренней секреции и уникальное место для множества распространенных заболеваний, подвергаемых терапевтическому или хирургическому лечению, или их комбинации. Заболевания щитовидной железы имеют высокую распространенность. Одним из способов лечения безусловно является хирургический. В данном контексте следует указать на тотальную тиреоидэктомию (ТТ) при некоторых доброкачественных заболеваниях, которая за последние два десятилетия обзавелась большим количеством сторонников. Цель состоит в том, чтобы избежать неожиданностей из-за ошибочного диагноза доброкачественности при интраоперационном исследовании выбранного участка, исключив возможность возникновения будущей или даже случайной карциномы, предотвратить рецидив, который более склонен к осложнениям.

Показание ТТ следует рассматривать в случаях подозрений на злокачественные узелки, многоузловой нетоксический зоб с двусторонним вовлечением фолликулов щитовидной железы, аутоиммунный тиреоидит и повторные операции. [1, с. 40]

Цель настоящей работы-обсудить показания к тотальной тиреоидэктомии как предпочтительному варианту при некоторых доброкачественных заболеваниях щитовидной железы с целью профилактики рецидивов и будущих операций.

Мы провели ретроспективное исследование пациентов с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы, оперированных с января 2015 по декабрь 2018 года, анализируя данные, касающиеся возраста, хирургического лечения и послеоперационного состояния. Данные получены в условиях хирургического стационара БУЗ УР «1 Республиканская клиническая больница Министерства Здравоохранения Удмуртской Республики» города Ижевска.

Было прооперировано 58 (87,8%) женщин и 8 (12,2%) мужчин. Средний возраст составил 51,8 года), при этом самая высокая заболеваемость отмечалась в пятом и шестом десятилетиях жизни (51,5%).

Предоперационная ларингоскопия выполнена у 18 (27,2%) пациентов, у 11 из них был рецидивирующий зоб и у 7-жалобы, связанные с фонацией.

Наиболее частым диагнозом был полинодулярный зоб в 37 (56,1%) случаях, затем аутоиммунный тиреоидит-в 22 (33,3%), фолликулярная аденома- в 10 (15,1%), клеточная аденома-в двух (3,0%), 12 (18,2%) пациенты имели аутоиммунный тиреоидит, связанный с зобом, и четыре пациента (6,1%) имели аутоиммунный тиреоидит, связанный с фолликулярной аденомой. У двух (3,0%) пациентов развилась тяжелая хрипота, у одного (1,5%) был подтвержден односторонний паралич голосовой складки, у остальных дисфония исчезла в течение максимум 30 дней. Пациентов с перманентным гипопаратиреозом не было. Случаев кровотечения не было, а оперативная смертность была равна нулю.

Частота осложнений ТТ аналогична частичной тиреоидэктомии при операциях в условиях высокого хирургического объема обслуживания 5, 15. В этом контексте мы постепенно расширили показания к ТТ у этих пациентов.

Известно, что нетоксический многоузловой зоб является наиболее частым показанием к тиреоидэктомии при доброкачественных заболеваниях щитовидной железы. ТТ был показан у 37 (56,1%) пациентов. Следует отметить 11 случаев повторных операций по поводу рецидива зоба, восемь из которых ранее перенесли одностороннюю лобэктомию.

В отличие от эндемического зоба, где признается роль йода в профилактике, спорадический тип имеет более сложный патогенез и, возможно, многофакторный, поскольку помимо регуляции, вызванной ТТГ, по-видимому, задействованы и другие механизмы, такие как эпидермальный фактор роста и стимуляция иммуноглобулинами. Применение тиреоидного гормона в послеоперационном периоде, применяемого некоторыми в попытке избежать рецидива, не является проверенным методом и его основным показанием

остается коррекция гипотиреоза. [2, с. 132-134] Четко ассоциируется с рецидивом размер оставшейся железы, известно, что после лобэктомии частота рецидивов 20%, в то время как только 4% при двусторонней субтотальной тиреоидэктомии.

Фолликулярная опухоль, безусловно, самый неудобный предоперационный диагноз для хирурга. Даже самый опытный патологоанатом не в состоянии определить путем цитологического исследования истинную природу этих опухолей.

Послеоперационный диагноз фолликулярного рака почти всегда приводит к новой операции по тотальной тиреоидэктомии, независимо от прогностических факторов. Таким образом, без окончательного диагноза и зная, что около трети фолликулярных новообразований могут быть злокачественными, ТТ является действительно наиболее оптимальным вариантом оперативного вмешательства.

Аутоиммунный тиреоидит, также известный как тиреоидит Хашимото, является постоянно развивающимся клиническим заболеванием и основной причиной первичного гипотиреоза. Помимо анализов крови, которые вызывают подозрение на заболевание, ультразвук обычно показывает увеличенную железу с гетерогенной текстурой и псевдонодулями, в нескольких случаях показывая четко определенные узелки, которые характеризуют узловый тиреоидит. Аутоиммунный тиреоидит, возможно, связан с развитием рака щитовидной железы. Это еще один спорный вопрос и исследования показывают частоту такой зависимости в диапазоне от 0 до более чем 30%. Некоторые исследователи наблюдали более высокую частоту рака при этом типе тиреоидита, предполагая, что эта ассоциация не просто случайна. В 23 случаях тиреоидита было обнаружено 30 папиллярных карцином и три фолликулярно ассоциированных.

В период, включенный в данное исследование, была проведена тиреоидэктомия у 37 пациентов с аутоиммунным тиреоидитом, из которых 12 (32,4%) имели сопутствующую карциному, все папиллярную. После определения хирургического подхода мы считаем ТТ лучшим вариантом, как и в 22 (33,3%) наших случаях.

Риск осложнений после тиреоидэктомии потенциально велик, но он имеет низкую частоту. Поскольку общие осложнения, такие как раневая инфекция, серома и кровотечения, которые возникают спорадически, легче предотвратить и лечить. Цель состоит в том, чтобы выполнить такую операцию, сохраняя целостность гортанных нервов и паращитовидных желез, избегая постоянных осложнений.

Паралич голосовой складки может быть временным или постоянным и имеет частоту от 0 до 5.0% и больший потенциальный риск при повторных операциях.

Паралич голосовых связок почти всегда является результатом прямого хирургического воздействия на гортанный нерв и может возникать после разреза, термического повреждения или захвата нерва швом; он также может быть вторичным по отношению к нейропраксии или образованию периневральной фиброзной ткани, возникающей в результате воздействия. [3, с. 84]

Гипопаратиреоз является еще одним осложнением тиреоидэктомии, и в большинстве случаев он является преходящим и может быть вызван травмой, деваскуляризацией или удалением железы, хотя с развитием гипокальциемии могут быть связаны и другие немеханические факторы. [4, с. 156] Его частота меньше, чем 3%. Во время тиреоидэктомии все паращитовидные железы редко идентифицируются с уверенностью, особенно при повторных операциях. Таким образом, капсульное рассечение и индивидуальная перевязка терминальных ветвей щитовидной артерии являются важными маневрами для сохранения этих мелких желез. Ни у одного пациента мы не дозировали кальций в первые 20 дней после операции, так как считаем клиническую оценку достаточной. Поэтому 12 из них использовали пероральный кальций, большинство до 10-го дня после операции. Клинические признаки гипокальциемии считались значимыми только у двух из них, чье введение кальция и витамина D было продлено до 30 и 90 дней. Ни у одного из наших пациентов не было постоянного гипопаратиреоза.

В заключение следует отметить, что тотальная тиреоидэктомия-это операция, которая может быть выполнена безопасно, с низкой частотой перманентных осложнений, что позволяет расширить ее показания к различным доброкачественным заболеваниям щитовидной железы, избегая тем самым будущих рецидивов и повторных операций.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Стяжкина С.Н. Клинико – морфологические параллели при узловых образованиях щитовидной железы/ С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, В.А. Грачева/ Морфологические ведомости. – Самара, 2009.№3 – с.39-42.
2. Стяжкина С.Н., Порываева Е.Л., Валинуров А.А. Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы // журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке», №8, 2017. С.114-146.
3. Рудницкий, Л. В. Заболевания щитовидной железы. Лечение и профилактика / Л.В. Рудницкий. - М.: Питер, 2006. – 76-85 с.
4. Петунина, Н. А. Болезни щитовидной железы / Н.А. Петунина, Л.В. Трухина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 148-176 с.