

УДК 616'441-006.5-036.65-07-089+441:577.17.001.2 (575.2) (04)

## ИССЛЕДОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

*А.А. Двумаров* – канд. мед. наук

---

The material is based on the results of hormones research of a thyroid gland at 19 patients with recurrent adenoma of thyroid and 83 patients with a postoperative recurrent goiter.

Несмотря на успехи современной эндокринологии, новые подходы в диагностике и хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), проблема различных форм рецидивного зоба (РЗ) остается актуальной. По данным некоторых авторов РЗ развивается в 0,3–39% случаев [1, 2]. Одной из наиболее распространенных форм РЗ является эутиреоидный рецидивный зоб.

Основной причиной развития рецидивного зоба большинство авторов считает радикальность проведенной первичной операции [3, 4]. При этом одним из важных вопросов данной проблемы является своевременная и правильная диагностика эутиреоидного РЗ, а также диспансеризация и профилактические осмотры в послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** Нами изучены результаты исследования гормонов ЩЖ у 19 больных с рецидивным эутиреоидным зобом, из 83 больных с послеоперационным РЗ, лечение которым было проведено в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Среди них женщин было 78 (94,0%), мужчин – 5 (6,0%), что подтверждает общеизвестную закономерность о большей подверженности женщин заболеваниям ЩЖ. Возраст больных – от 22 до 73 лет. Следует отметить, что большинство больных были трудоспособного

возраста. Значительное количество больных были в возрасте старше 40 лет. Это свидетельствует о том, что наряду с другими причинами, рецидиву зоба способствуют эндокринные сдвиги в организме.

Следует отметить, что почти все больные послеоперационным РЗ не состояли на диспансерном учете. Это, прежде всего, относится к больным, проживающим в отдаленных районах.

Все больные послеоперационным РЗ были разделены на две группы, каждая из которых была клинически четко очерчена. Первая группа – 12 пациентов (14,5%) послеоперационным рецидивом токсического зоба, вторая группа – 71 пациент (85,5%) послеоперационным рецидивом эутиреоидного зоба. Следует отметить, что в структуре послеоперационного РЗ преобладали больные послеоперационным рецидивом эутиреоидного зоба.

В первой группе из 12 пациентов с рецидивом токсического зоба женщин было 10 (83,3%), мужчин – 2 (16,7%). Возраст больных от 24 до 62 лет.

Во второй группе из 71 пациента было 68 (95,8%) женщин и 3 (4,2%) – мужчин. Возраст больных колебался от 22 до 73 лет.

Гормонообразовательную функцию гипофизарно-тиреоидной системы изучали путем определения уровней ТТГ, Т3, Т4 методом иммуноферментного анализа, с использованием тест-наборов фирм “Дельфия” (Финляндия), на аппарате “Аркус” и методом усиленной лю-

минесценции (система “Амерлайт”, Великобритания (гормональная лаборатория НИИАиП)). Уровень гормонов определяли у больных до операции и после нее на 5-е и 30-е сутки.

**Обсуждение результатов.** Изучение особенностей клиники послеоперационного РЗ выявило особенности, характерные для каждой из его форм. Для рецидива токсического зоба свойственен более молодой возраст больных. Клиническая картина послеоперационного рецидива токсического зоба характеризуется многообразием общих и местных симптомов и на высоте заболевания полностью соответствует первичному заболеванию.

Рецидив эутиреоидного зоба в основном проявляется местными симптомами в виде деформации передней поверхности шеи и сдавления ее органов.

В связи с трудностью ранней диагностики дооперационная топографическая диагностика рецидивных новообразований ЩЖ приобретает особое значение. С целью уточнения топографии органов шеи до операции в клинике широко используется УЗИ щитовидной железы. У больных пальпаторно отмечались самые различные варианты конфигурации и локализации зоба, не позволяющие составить четкого представления о его размерах, топографии, структуре. Метод ультразвукового сканирования ЩЖ является нетравматичным, информативным и высокодостоверным. Он дает возможность определить структуру оставленной тиреоидной паренхимы, выявить топографические особенности органа, точно направить действия оперирующего хирурга на патологический очаг, уменьшив травматичность операции.

Гормональную функцию заболеваний ЩЖ мы изучали путем определения уровней Т3, Т4, ТТГ, которые определяли у больных реци-

дивным эутиреоидным зобом до операции и после нее на 5-е и 30-е сутки у 19 (22,9%) больных (см. таблицу).

Исследования показали, что у больных рецидивным эндемическим зобом уровень Т3 до операции был достоверно ( $p < 0,05$ ) повышенным и составил  $2,60 \pm 0,3$  нмоль/л при норме 1,17–2,18 нмоль/л. После операции на 5-е сутки определялось достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение данного показателя до  $1,67 \pm 0,3$  нмоль/л и продолжающееся до конца наблюдений. На 30-е сутки содержание Т3 достоверно ( $p < 0,05$ ) снизилось до  $1,46 \pm 0,2$  нмоль/л.

Уровень содержания Т4 до операции был  $140,3 \pm 10,2$  нмоль/л, что практически соответствовало верхней границе нормы – 61–141 нмоль/л. После операции также отмечено снижение Т4: на 5-е сутки до  $128,6 \pm 9,1$  нмоль/л, а к 30-м суткам это снижение было достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже показателей до операции –  $103,7 \pm 8,3$  нмоль/л, хотя с контрольными цифрами разницы не было.

Исследование базального уровня ТТГ до операции показало его содержание  $2,14 \pm 0,2$  мЕ/л, что было в пределах нормы – 0,6–3,8 мЕ/л. После операции на 5-е сутки определялось достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение ТТГ по сравнению с дооперационным периодом, а по сравнению с нормой показатель не отличался и составил  $1,69 \pm 0,3$  мЕ/л. На 30-е сутки после операции уровень ТТГ составил  $1,58 \pm 0,2$  мЕ/л – достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже, чем до операции, но также не отличаясь от нормы.

На основании отмеченного выше, уровень Т3 до операции значительно превышал контрольные показатели, содержание Т4 не отличалось от нормы. До операции у больных рецидивным эндемическим зобом уровень ТТГ находился на уровне верхней границы нормы. По-

Показатели уровня гормонов у больных рецидивным эндемическим зобом до и после операции (n=19)

Показатель	Норма	До операции, М±m	После операции, сутки	
			М±m	
			5-е	30-е
Т3, нмоль/л	1,17–2,18	$2,60 \pm 0,3^*$	$1,67 \pm 0,3^{**}$	$1,46 \pm 0,2^{**}$
Т4, нмоль/л	61–141	$140,3 \pm 10,2$	$128,6 \pm 9,1$	$103,7 \pm 8,3^{**}$
ТТГ, мЕ/л	0,6–3,8	$2,14 \pm 0,2$	$1,69 \pm 0,3^{**}$	$1,58 \pm 0,2^{**}$

\* –  $p < 0,05$  по отношению к показателям нормы; \*\* –  $p < 0,05$  по отношению к показателям до операции.

сле операции отмечалась тенденция к уменьшению ТТГ. На 5-е и 30-е сутки уровни Т3, Т4, ТТГ приблизились к показателям нормы.

#### Литература

1. *Акинчев А.Л.* Возможные причины послеоперационного рецидивного зоба // Лекции: Мат. 11(13) Росс. симп. с межд. участием по хирургич. эндокрин. – СПб.: Welcome, 2003. – Т. 1. – С. 3–8.
2. *Калинов А.В.* Тонкоигольная аспирационная биопсия в дифференциальной диагностике заболеваний щитовидной железы / А.В. Калинов, Л.А. Васютков, В.К. Петренко и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Мат. 12-го Росс. симп. по хирургич. эндокрин. – Ярославль, 2004. – С. 131–132.
3. *Рафибеков Д.С.* Хирургические заболевания щитовидной железы / Под ред. Д.С. Рафибекова, И.К. Акылбекова. – Бишкек, 2001. – 490 с.
4. *Чынгышпаев Ш.М.* Узловые образования щитовидной железы: причины развития, диагностика и хирургическое лечение / Ш.М. Чынгышпаев: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Бишкек, 2000. – 39 с.