

УДК 616.441-008.61+616-089 (575.2) (04)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Т.Т. Какчекеева, Б.Р. Салиева, Р.М. Чазымов, Е.Г. Логачева, М.А. Нуралиев

Представлены современные подходы к хирургическому лечению диффузного токсического зоба.

Ключевые слова: диффузный токсический зоб; субтотальная субфасциальная резекция; тиреоидэктомия.

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) – наследственное аутоиммунное заболевание, в основе патогенеза которого лежит выработка стимулирующих антител к рецептору ТТГ [1–3]. ДТЗ характеризуется повышенным синтезом тиреоидных гормонов с развитием тиреотоксикоза, равномерным увеличением щитовидной железы и в 90–95% случаев сочетается с эндокринной офтальмопатией [2]. В структуре эндокринных заболеваний ДТЗ занимает третье место после сахарного диабета и аутоиммунного тиреоидита [4]. ДТЗ в 80% случаев является основной причиной тиреотоксикоза.

Первое упоминание о сочетании тахикардии, зоба и экзофтальма принадлежит Пери (1786). Более подробное описание было приведено в 1825 г. Позже заболевание было описано Грейвсом (1835) и фон Базедовым (1840) [1, 4–6]. Распространенность заболевания достаточно высока – от 0,1–0,2 до 2–5% (в зависимости от региона), или 5–7 случаев на 100 000 человек в год [2, 3]. ДТЗ чаще встречается у женщин (соотношение женщин и мужчин 7:1) в возрасте от 30 до 50 лет, хотя может встречаться в любой возрастной группе [2–4, 7]. ДТЗ характеризуется семейной предрасположенностью, приблизительно у 70% больных один или два члена семьи в анамнезе имеют указания на аутоиммунное заболевание щитовидной железы [1, 3, 6, 8–10].

Распространенность и заболеваемость ДТЗ зависит от множества факторов: геохимических, демографических, социальных, экологических, климатических, но, как известно, больше всего на развитие заболеваний щитовидной железы влияет потребление йода.

В настоящее время существует три основных метода лечения ДТЗ: медикаментозная терапия, хирургическое лечение и терапия радиоактивным йодом. Ни один из указанных методов лечения не является этиологичным и каждый из

них имеет свои ограничения и противопоказания. Подход к выбору метода лечения часто сложен и неоднозначен и главным образом определяется сложившейся практикой, принадлежностью специалистов к той или иной научно-практической школе, уровнем развития и обеспечения системы здравоохранения. Кроме того, тактика лечения зависит от тяжести заболевания, пола, размера щитовидной железы, возраста больного, наличия сопутствующей патологии, эффекта от предшествующего лечения.

Медикаментозная терапия включает лечение несколькими группами препаратов: тиреостатическими препаратами, препаратами йода, β-адреноблокаторами и др. Комплексная консервативная терапия позволяет достаточно быстро получить эффект, пациенты отмечают улучшение самочувствия уже в течение первого месяца лечения. К недостаткам консервативного лечения относят достаточно высокий процент рецидива тиреотоксикоза при отмене или снижении дозы тиреостатиков, по разным данным – от 35 до 80% [2]. Кроме того, медикаментозное лечение может вызвать тяжелые побочные эффекты: агранулоцитоз, апластическую анемию, токсический гепатит, васкулит, крапивницу, лихорадку, артралгии.

Радиойодтерапия считается относительно простым, неинвазивным и экономичным методом лечения ДТЗ. Сегодня во всем мире этот метод играет все большую роль в лечении ДТЗ. Так, в США в абсолютном большинстве случаев используется терапия I¹³¹. Несомненными преимуществами этого вида лечения являются минимальный риск рецидива, возможность лечения без предварительной подготовки, редкость осложнений и низкая стоимость. Стойкий гипотиреоз, который развивается в результате терапии радиоактивным йодом, устраняется назначением адекватной заместительной терапии.

К настоящему времени сведений, полученных в результате серьезных исследований в различных центрах, которые бы окончательно опровергли или подтвердили канцерогенное действие радио-йодтерапии, немного. Поэтому наиболее серьезными ограничениями для лечения этим методом являются беременность и лактация.

Хирургическое лечение является весьма важным в лечении больных ДТЗ, особенно при недоступности терапии I^{131} . Преимуществом хирургического метода, по сравнению с другими методами лечения, является наиболее быстрая ликвидация тиреотоксикоза. По данным А.П. Калинина [6], около 40% больных ДТЗ подвергаются хирургическому лечению. До сих пор в литературе продолжают обсуждаться показания к хирургическому лечению ДТЗ. Отметим лишь те, которые признаются большинством исследователей [1, 4, 5, 6–10]:

- сочетание ДТЗ с неопластическими процессами в щитовидной железе;
- зоб больших размеров (40–45 мл и более), компрессия органов и анатомических структур;
- ДТЗ с осложненным течением;
- загрудинное (внутригрудное) расположение зоба;
- рецидив тиреотоксикоза после хирургической операции при невозможности лечения радиоактивным йодом;
- неэффективность тиреостатической терапии в течение 1–1,5 лет, рецидив заболевания на фоне консервативной терапии;
- непереносимость тиреостатических препаратов;
- выраженные побочные эффекты тиреостатической терапии.

Противопоказаниями для хирургического лечения ДТЗ считают: инфаркт миокарда, инсульт, ДТЗ тяжелого течения с декомпенсацией функций жизненно важных органов (недостаточность кровообращения третьей степени, анасарка, асцит, желтуха и т.д.), онкологические и инфекционные заболевания, психические расстройства [6].

Противопоказанием также считают неадекватную предоперационную подготовку. Основной целью комплексной предоперационной подготовки больных с тиреотоксикозом является нормализация функций щитовидной железы, центральной нервной и сердечно-сосудистой систем и обменных процессов, то есть достижение состояния эутиреоза. Желательно готовить пациента к операции в условиях специализи-

рованного эндокринологического стационара, хотя не исключается и амбулаторная подготовка. Во время предоперационной подготовки, которая в среднем длится от 3 до 6 недель; используются комбинации тиреостатических, β -адреноблолирующих, седативных, йодсодержащих и глюкокортикоидных средств. В настоящее время операции при диффузном токсическом зобе проводятся под общим наркозом, что способствует более благоприятному течению послеоперационного периода.

Сегодня нет единого подхода к хирургическому лечению ДТЗ, что обусловлено различными взглядами на его цель. Это влияет и на определение объема операции при ДТЗ [2, 3]. Подавляющее большинство зарубежных авторов и клинических рекомендаций выдвигают в качестве цели оперативного лечения развитие стойкого гипотиреоза, который достигается тиреоидэктомией или предельно субтотальной резекцией щитовидной железы [2, 4, 5, 6–10]. Подобная тактика продиктована последними данными об аутоиммунном патогенезе ДТЗ. В отечественной литературе гипотиреоз рассматривается как осложнение после оперативного лечения, поэтому традиционно продолжает использоваться субтотальная резекция щитовидной железы в надежде достижения эутиреоза после операции.

Российскими эндокринологами [3] были обследованы пациенты, перенесшие субтотальную резекцию щитовидной железы. У большинства из них после оперативного вмешательства развился гипотиреоз (77,3%). У 15,2% отмечался рецидив тиреотоксикоза. И самым редким отдаленным исходом лечения явился эутиреоз (7,5%). Также в рамках исследований изучали объем тиреоидного остатка, который при рецидиве тиреотоксикоза был статистически значимо большим, в то время как объем ткани щитовидной железы у пациентов с гипотиреозом и эутиреозом не различался. На основании исследования был сделан вывод, что прогнозировать сохранение у пациента эутиреоза, базируясь на размере тиреоидного остатка, невозможно.

Как и все хирургические вмешательства, оперативное лечение ДТЗ может сопровождаться рядом характерных осложнений, таких, как кровотечение, повреждение возвратного гортанного нерва, послеоперационный гипопаратиреоз, рецидив тиреотоксикоза [4–7, 9, 10]. Однако если оперативное лечение проводится в условиях специализированного лечебного учреждения, то риск указанных осложнений немногим превышает риск осложнений при субтотальной резек-

ции. Соответственно, если при субтотальной резекции результат зачастую непредсказуем и риск послеоперационных осложнений практически такой же, как и при тиреоидэктомии, проведение субтотальной резекции щитовидной железы по поводу ДТЗ необосновано. Следует, однако отметить, что при тиреоидэктомии в клиниках общего профиля риск развития послеоперационных осложнений выше, чем при субтотальной резекции щитовидной железы.

Учитывая изложенное, можно сказать, что вопросы выбора тактики лечения, объема оперативного вмешательства, пред- и послеоперационного ведения пациентов с ДТЗ не утратили своей актуальности и нуждаются в дальнейшем изучении.

Литература

1. *Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М.* Фундаментальная и клиническая тиреология. – М.: Медицина, 2007. – 816 с.
2. *Ветшев П.С., Мамаева С.К.* Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. – 2006. – №2. – С. 63–68.
3. *Фадеев В. В.* Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение. – М.: Изд. дом ВИДАР, 2005. – 240 с.
4. *Драчинская Е.С., Брейдо И.С.* Хирургия щитовидной железы. – Л., 1963. – 235 с.
5. *Зографски С.* Эндокринная хирургия. – София, 1977. – 328 с.
6. Хирургическая эндокринология / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П. С. Ветшева. – СПб.: Питер, 2004. – 960 с.
7. *Заривчацкий М.Ф. и др.* Хирургия органов эндокринной системы. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 384 с.
8. *Брейдо И.С.* Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. – Л.: Медицина, 1979. – 240 с.
9. *Агаев Р.А., Рафибеков Д.С., Чынгыштаев Ш.М., Гарагезова А.Р., Заманов Р.М., Мамедгасанов Т.Ю.* Хирургия щитовидной железы. – Баку: All-Press, 2003. – 152 с.
10. Хирургические заболевания щитовидной железы / Под ред. Д.С.Рафибекова, И.К. Акылбекова. – Бишкек, 2001. – 490 с.