DOI: 10.17117/na.2015.09.969

<http://ucom.ru/doc/na.2015.09.969.pdf>

Поступила (Received): 18.09.2015

**Пиксин И.Н., Давыдкин В.И., Вилков А.В.,
Голубев А.Г., Ключев В.И., Кечайкин А.Н.
Хирургическая тактика при доброкачественных
новообразованиях щитовидной железы**

**Piksin I.N., Davydkin V.I., Vilkov A.V., Golubev
A.G., Klyuev V.I., Kechaykin A.N.
Surgical tactics at good-quality new growths
of a thyroid gland**

Анализ результатов хирургического лечения узлового зоба проведен у 3575 больных. Разработана комплексная программа с включением методов топической визуализации, оценки тиреоидного и морфологического статуса, стратификации компрессионного синдрома. При подготовке к операции показаны методы эфферентно-квантовой гемокоррекции. В отдаленные сроки отмечен низкий уровень комплаенса, что требует проведения послеоперационной реабилитации

Ключевые слова: щитовидная железа, предоперационная подготовка, хирургическая тактика, узловой зоб, резекция щитовидной железы, тиреоидэктомия

Analysis of the results of surgical treatment of nodular goiter held at 3575 patients. Developed a comprehensive program with the inclusion of topical methods of visualization, assessment of thyroid and morphological status, stratification compression syndrome. In preparation for the operation is shown efferent methods-quantum haemocorrection. In the long-term the low level of compliance will require a period of postoperative rehabilitation

Key words: thyroid gland, preoperative preparation, surgical tactics, nodal craw, resection of a thyroid gland

Пиксин Иван Никифорович

Доктор медицинских наук, профессор
Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н. П. Огарёва
г. Саранск, ул. Ульянова, 26 А

Piksin Ivan Nikiforovich

Doctor of Medical Sciences, Professor
National research Mordovian state university named
N.P. Ogarev
Saransk, Ulyanov st., 26 A

Давыдкин Василий Иванович

Кандидат медицинских наук, доцент
Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н. П. Огарёва
г. Саранск, ул. Ульянова, 26 А

Davydkin Vasily Ivanovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
National research Mordovian state university named
N.P. Ogarev
Saransk, Ulyanov st., 26 A

Вилков Александр Владимирович

Кандидат медицинских наук, доцент
Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н. П. Огарёва
г. Саранск, ул. Ульянова, 26 А

Vilkov Alexander Vladimirovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
National research Mordovian state university named
N.P. Ogarev
Saransk, Ulyanov st., 26 A

Голубев Александр Григорьевич

Кандидат медицинских наук, доцент
Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н. П. Огарёва
г. Саранск, ул. Ульянова, 26 А

Golubev Alexander Grigorievich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
National research Mordovian state university named
N.P. Ogarev
Saransk, Ulyanov st., 26 A

Клюев Владимир Иванович

Врач-хирург
Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н. П. Огарёва
г. Саранск, ул. Ульянова, 26 А

Klyuev Vladimir Ivanovich

Surgeon
National research Mordovian state university named
N.P. Ogarev
Saransk, Ulyanov st., 26 A

Кечайкин Алексей Николаевич

Аспирант
Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н. П. Огарёва
г. Саранск, ул. Ульянова, 26 А

Kachalkin Alexey Nikolaevich

Graduate
National research Mordovian state university named
N.P. Ogarev
Saransk, Ulyanov st., 26 A

В XXI веке не отмечено снижение частоты новообразований щитовидной железы (ЩЖ), связанное не только с ухудшением экологического фона, наследственными факторами и старением населения [2, с.103], но и улучшением диагностики. Распространившееся в мире направление на органосохраняющее лечение большинства заболеваний ЩЖ (медикаментозная, радиоiodтерапия, склерозирование этанолом) [16, с. 29] не вытеснило хирургический метод, который вследствие своей распространенности и радикальности остается в России методом выбора [4, с. 4; 7, с. 61; 8, с. 51; 15, с. 145; 17, с. 76]. Однако, результаты хирургического лечения не всегда удовлетворяют пациентов и хирургов и, прежде всего, из-за высокой частоты рецидива [3, с.90; 5, с.73] и, в ряде случаев, низкой эффективности медикаментозной терапии, что требует применения методов эфферентной и квантовой гемотерапии [12, с. 66; 13, с. 13; 14, с. 253]. Поэтому, актуальной проблемой хирургической эндокринологии является изучения эффективности хирургического лечения [1; 2, с.103], обеспечение периоперационной безопасности [6, с. 91] и улучшения качества жизни [9, с. 118; 10, с. 29; 11, с. 116].

Целью работы явился анализ результатов хирургического лечения доброкачественных новообразований щитовидной железы.

Материал и методы исследования. В Мордовском республиканском центре эндокринной хирургии в период с 1967 по 2015 год оперированы 3 575 больных от 15 до 78 лет с заболеваниями ЩЖ, из них за последние 9 лет – 584 пациентов. Мужчин было 48 (8,2 %), женщин – 536 (91,8 %). В возрасте до 20 лет было 3,1 % больных, от 20 до 40 лет – 24,2 %, от 40 до 60 лет – 57,9 %, старше 60 лет – 14,8 %. Диффузный зоб наблюдался у 9,2 % больных, смешанный – у 43,2 %, узловой – у 47,6 %. Увеличение ЩЖ II степени отмечено у 6,1 % больных, III – у 56,6 %, IV – у 32,7 %, V степени – у 4,6 %. Эутиреоидное состояние диагностировано у 459 больных (78,6 %), гипертиреоз – у 125 (21 %) больных: тиреотоксикоз легкой степени – у 6 больных, средней тяжести – у 61, тяжелой степени – у 58.

Результаты. При сравнительной оценке хирургической активности в отношении тиреоидной патологии с предыдущим десятилетием отмечено общее

снижение числа операций на 23 %, что можно объяснить формированием более сдержанного подхода к операционному лечению ряда форм зоба и применением органосохраняющих методов. Вместе с тем отмечено увеличение на 20 % операций у мужчин и на 38 % – при больших степенях увеличения железы, вызывающих компрессионный синдром. Существенной динамики в функциональном состоянии и формах зоба не выявлено.

Для профилактики послеоперационных осложнений при хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы нами разработана и применяется комплексная программа мероприятий. Программа включает несколько этапов.

1. Полное клинико-инструментальное обследование больных с использованием методов дооперационной визуализации (УЗИ, сцинтиграфия, компьютерная томография) и определение функционального состояния (оценка тиреоидного статуса), титра аутоантител, морфологической структуры (пункционная биопсия под контролем УЗИ) железы. При наличии компрессионного синдрома проводится его стратификация.

2. Тщательная предоперационная подготовка с использованием методов эфферентно-квантовой гемокоррекции.

3. Выбор адекватного анестезиологического обеспечения операции.

4. Выбор оптимального объема оперативного вмешательства с применением интраоперационной экспресс-диагностики.

При висцеропатической стадии тиреотоксикоза или неустойчивом эффекте лечения больных с нейроэндокринной стадией заболевания в течение 1 – 1,5 лет медикаментозное лечение (тиреостатики, адrenoблокаторы и др.) рассматривается в качестве предоперационной подготовки. Однако существует группа пациентов, где консервативная терапия не позволяет достичь эутиреоза или сопровождается тяжелыми токсико-аллергическими осложнениями. Практически единственной возможностью подготовить этих больных к хирургической операции стали эфферентные и квантовые методы лечения. В этом качестве нами применяются аутоотрансфузия ультрафиолетом облученной крови (АУФОК), плазмаферез (ПА), гепаринкриопреципитатаферез (ГКПА), сочетание плазмафереза с гемодезосорбцией (ГДС), озонотерапия.

Все операции с 1996 г. выполнялись под внутривенным наркозом с искусственной вентиляцией легких. Объем операции зависел от формы зоба и функционального состояния ЩЖ. Субтотальные резекции ЩЖ выполнены 270 (46,2 %), гемитиреоидэктомии – 278 (47,6 %), экономные резекции – 25 (4,3 %), тотальных тиреоидэктомии – 11 (1,9 %). По поводу рецидивного зоба произведено 45 операций (8 %). Рецидив заболевания развивался чаще после операций по поводу многоузлового зоба, зависел от объема операции и не зависел от дооперационной и интраоперационной диагностики многоузловых форм зоба.

При гистологическом исследовании у 23 (3,9 %) больных обнаружен рак ЩЖ, у 58 (9,9 %) – аутоиммунный тиреоидит.

В ближайшем послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: кровотечение – у 4 больных (0,68 %), парез гортанных нервов – у 13 (2,23 %), гипопаратиреоз – у 2 (0,34 %). Средний койко-день после операции составил $5,5 \pm 1,5$ дней. Сроки восстановления трудоспособности зависели от тяжести забо-

лечения. Все пациенты, оперированные на щитовидной железе, нуждаются в послеоперационной реабилитации под наблюдением эндокринолога и хирурга и периодическом обследовании (УЗИ, определение тиреогормонов).

Как показали наши исследования, клиническое выздоровление оперированных больных не всегда совпадает с нормализацией обменных процессов. Длительное время сохраняются изменения белкового обмена, функции сердечно-сосудистой системы и неврологические нарушения. Остаются жалобы на дискомфорт в области шеи, изменения фонации, неврологические нарушения. Почти половина оперированных больных нерегулярно посещают врача, не обследуются, не соблюдают режим труда, что отражается на качестве жизни.

Отдаленные результаты и качество жизни зависят также от качества предоперационной подготовки. После операции на ЩЖ с каждым годом нарастает процент пациентов с недостаточностью тиреоидной функции, поэтому они нуждаются в заместительной терапии. После операции рекомендуется назначать L-тироксин, исключается трудовая деятельность в ночное время, в неблагоприятных производственных условиях.

В послеоперационной реабилитации больных с тиреоидной патологией важное значение имеет регулярное посещение эндокринолога, а в первый год после операции – также и хирурга. Оперировавшиеся больные нуждаются в продолжении реабилитационного лечения и рациональном трудоустройстве.

Выводы. Таким образом, хирургическое лечение в настоящее время является эффективным, радикальным, относительно безопасным методом лечения заболеваний щитовидной железы. В отдаленные сроки больные нуждаются в медицинской и социально-трудовой реабилитации.

Список используемых источников:

1. Айзетуллова Г.Р., Пиксин И.Н., Осипов В.Ф., Барсукова Е.В. Влияние оперативного лечения на качество жизни у больных с патологией ЩЖ // *Современные проблемы науки и образования*. 2014. № 5. С. 512.
2. Аристархов В.Г., Данилов Н.В. Отдаленные результаты оперативного лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы у пожилых пациентов // *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова*. 2014. № 1. С. 103-106.
3. Белобородов В.А., Олифирова О.С. Прогноз рецидивного зоба // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2013. Т. 119. № 4. С. 89-90.
4. Вилков А.В., Кечайкин А.Н., Танделов Р.К. Хирургическое лечение рака щитовидной железы под «маской» доброкачественных образований // *Огарёв-Online*. 2014. № 14 (28). С. 7.
5. Дхифауи С. Диагностика и лечение послеоперационного узлового зоба // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2012. № 6-2. С. 71-73.
6. Заривчацкий М.Ф., Блинов С.А., Денисов С.А., Колеватов А.П., Теплых Н.С., Дильман А.Б. Интраоперационная и периоперационная безопасность в эндокринной хирургии // *Пермский медицинский журнал*. 2013. Т. 30. № 5. С. 86-92.
7. Макаров И.В., Андреев М.М. Болезнь Грейвса: результаты хирургического лечения и их прогнозирование // *Тольяттинский медицинский консилиум*. 2014. № 3-4. С. 55-62.
8. Макаров И.В., Галкин Р.А., Андреев М.М. Отдаленные результаты и их прогнозирование хирургическом лечении диффузного токсического зоба // *Эндокринная хирургия*. 2013. № 2. С. 45-51.
9. Меньков А.В. Качество жизни пациентов после хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы // *Медицинский альманах*. 2012. № 4. С. 117-120.
10. Нечаева О.А., Древаль А.В., Мамедова Т.Р., Бритвин Т.А., Шестакова Т.П., Комердус И.В. Сравнительный анализ влияния радикального лечения диффузного токсического зоба на показатели качества жизни, связанного со здоровьем // *Альманах клинической медицины*. 2014. № 32. С. 24-30.

11. Пиксин И.Н. Токсический зоб. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 2002. 116 с.
12. Пиксин И.Н., Бякин С.П., Шевяк П.И., Вилков А.В., Шибанова Е.И. Эфферентные и квантовые методы предоперационной подготовки больных диффузным токсическим зобом // Вестник Мордовского университета. 2006. Т. 16. № 2. С. 61-66.
13. Пиксин И.И., Шибанова Е.И. Экстракорпоральные методы гемокоррекции в лечении токсического зоба // Анналы хирургии. 2007. № 6. С. 12-14.
14. Пиксин И.Н., Федосейкин И.В., Бякин С.П. Квантовые и эфферентные методы лечения в хирургии. М.: Наука, 2010. 286 с.
15. Пиксин И.Н., Любицкий А.В., Давыдкин В.И., Вилков А.В., Голубев А.Г., Кечайкин А.Н. Компрессионный синдром при заболеваниях щитовидной железы и способы его коррекции // Медицинский альманах. 2014. № 3 (33). С. 143-145.
16. Рыбачков В.В., Тевяшов А.В., Россошанская Е.И., Кабанов Е.Н. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения заболеваний щитовидной железы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014. № 6. С. 21-24.
17. Скоробогатов В.М., Маканин М.А., Гургенидзе В.В. Оптимизация хирургической тактики при узловых образованиях щитовидной железы // Клиническая медицина. 2015. Т. 93. № 2. С. 72-76.

© 2015, Пиксин И.Н., Давыдкин В.И., Вилков А.В., Голубев А.Г., Ключев В.И., Кечайкин А.Н.
Хирургическая тактика при доброкачественных новообразованиях щитовидной железы

© 2015, Piksin I.N., Davydkin V.I., Vilkov A.V., Golubev A.G., Klyuev V.I., Kechaykin A.N.
Surgical tactics at good-quality new growths of a thyroid gland