

✓ 39,1% опрошиваемых женщин с нарушенной функцией ЩЖ страдают бесплодием. Среди их числа у 10,8% пациенток с проблемой бесплодия столкнулись их родственники. 3,6% женщин страдают бесплодием при наличии патологий ЩЖ у родственников;

✓ 55% опрошенных женщин с заболеваниями ЩЖ посещают медицинские учреждения 1 раз в год, 34,8% - 2-4 раза в год, 10,2% - более 5 раз в год. При этом, 59% женщин посещают гинеколога 1 раз в год, 41% посещают гинеколога чаще, чем 1 раз в год.

Выводы:

1) По результатам исследования, 15% опрошенных женщин имеют нарушения функций ЩЖ различного характера.

2) Наиболее часто встречающимся заболеванием ЩЖ является зоб, на долю которого приходится 7,6%.

3) У родственников 36,5% женщин с нарушенной функцией ЩЖ также отмечается патология со стороны ЩЖ.

4) По данным исследования наиболее распространенным заболеванием женской половой системы среди пациенток с нарушенной функцией ЩЖ является ЭШМ (39,5%).

5) В 39,1% случаев женщины с заболеванием ЩЖ страдают бесплодием.

6) 3,6% женщин столкнулись с проблемой бесплодия при наличии патологий ЩЖ у родственников.

Литература

1) Татарчук, Т.Ф. Эндокринная гинекология / Т.Ф. Татарчук, Я. П. Сольский. - К.: Заповгг, 2003. — 300 с.

2) Хейфец, С.Н. Бесплодие эндокринного происхождения у женщин [Текст] / С. Н. Хейфец. - Москва: Медицина, 1970. - 191 с.

3) Ходжаева, З.С. Заболевания щитовидной железы у женщин репродуктивного возраста [Текст]: рук. для врачей / [Ходжаева З. С. и др.]; под ред. Г. Т. Сухих. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 77 с.

4) Gorowski, T. Choroby tarczycy [Text] / T. Gorowski. - 4-ewyd., zmienione i uzupełnione. - Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1989. - 300 с.

РЕЦИДИВНЫЙ ЗОБ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Гривачевский А.С.¹, Угляница К.Н.², Камарец А.М.¹, Болбатун А.И.¹

¹УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Рецидив болезни ÷ одна из основных причин неудовлетворенности результатами хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Причины, патогенетические механизмы и факторы риска развития рецидива зоба все еще недостаточно изучены. Многие исследователи [3-5] связывают причину рецидивов с микроскопическими аденоматозными очагами роста, которые после операции подвергаются усиленной тиреотропной стимуляции и со временем реализуются в клинически значимое узловое обра-

зование. Поэтому в целях профилактики рецидивов они предлагают расширение объема операции до тотальной тиреоидэктомии.

Сторонники органосберегающих операций [1-2] считают, что сохранение тиреоидной паренхимы приводит к снижению напряженности тиреотропного стимулирующего механизма и является профилактикой рецидива.

Цель исследования ÷ изучить клинические особенности течения рецидивного зоба и определить оптимальный вариант его хирургического лечения и профилактики.

Материал и методы. В основу работы положен анализ клинических наблюдений за 276 пациентами с рецидивным зобом, оперированных в ГОКБ с 1987 по 2014г. Первичная операция у этих пациентов проводилась и в нашей клинике, и в других лечебных учреждениях. В группу сравнения вошли 5414 первичных пациентов, оперированных в ГОКБ с различными заболеваниями щитовидной железы за этот же период времени.

Результаты и их обсуждение. В группе пациентов с рецидивами зоба мужчин было 12, женщин 264. Отношение М/Ж составило 1/22. Среди всех 5414 пациентов мужчин было 565, женщин ÷ 4849. Отношение М/Ж 1/8,7.

Ретроспективный анализ показал, что пациенты с рецидивом зоба, потребовавшего повторного хирургического пособия, на момент первичной операции, были значительно моложе, чем в группе сравнения. Так, почти 2/3 из них были впервые оперированы в возрасте до 40 лет. В целом средний возраст пациентов при первой операции в группе рецидивного зоба составил 34,1 года, в группе сравнения ÷ 46,6 лет. Эти данные позволяют нам предположить, что молодой возраст на момент первичной операции и женский пол является факторами риска возврата болезни, требующей повторного оперативного вмешательства.

Существует мнение о высокой вероятности развития рака в рецидивном зобе [2], что предполагает активную хирургическую тактику. Но имеются работы [3,5], в которых сообщается о том, что онкологическая опасность рецидивного зоба преувеличена. По нашим данным среди всех 5414 оперированных первичных пациентов рак щитовидной железы был выявлен у 579 (10,7%), а в рецидивном зобе рак диагностирован у 24 пациентов (8,7%), т.е. несколько даже реже, чем в основной группе. Со всей очевидностью эти данные свидетельствуют, что угроза развития рака в рецидивном зобе невелика и, по нашему мнению, не следует расширять показания к хирургическому лечению рецидивного узлового зоба из-за угрозы развития рака.

Считаем, что показанием к повторной операции является большой зоб, индуцирующий компрессионный синдром, обоснованное подозрение на развитие рака в зобе и выраженная функциональная ав-

тономия узлов в виде гипертиреоза. В целом мы придерживаемся такой же хирургической тактики при рецидивах болезни, как и у первичных пациентов.

В литературе [1-6] дискутируется роль объема оперативного вмешательства в развитии рецидивного зоба. У пациентов, оперированных в других лечебных учреждениях, характер первичной операции (односторонняя или билатеральная резекция) выяснить не всегда представлялось возможным. Однако, судя по результатам интраоперационной ревизии, у 272 пациентов выполнялись операции меньшего объема, чем тиреоидэктомия, с оставлением ткани щитовидной железы с одной или обеих сторон от трахеи. И только у 4 пациентов первичной операцией по поводу узлового зоба была тиреоидэктомия, но на повторной операции у них выявлены узловые образования из не удаленной пирамидальной доли или бугорка Зюккенхаля.

С 2000 года у нас в клинике изменились подходы к объему первичной операции при многоузловом и диффузном токсическом зобе. Вместо органосохраняющих операций при этой патологии мы стали выполнять всем пациентам тотальные тиреоидэктомии. Как видно из таблицы, доля тиреоидэктомий у этой категории пациентов возрастала и в последние пять лет достигла 69,4%. Однако необходимо отметить, что увеличение числа тиреоидэктомий ожидаемого снижения числа операций по поводу рецидивов зоба пока не привело. Вместе с тем, отмечено заметное увеличение интервала между первой и повторной операцией, в среднем до 21,3 года (таблица). В связи с этим можно предположить, что в будущем, при сохранении высокого удельного веса тотальных тиреоидэктомий при зобе, количество повторных операций должно, вероятно, снизиться.

Таблица. – Количество выполненных операций на щитовидной железе, в том числе тиреоидэктомий, частота развития рецидивного зоба и сроки его возникновения у лечившихся в ГОКБ пациентов.

Исследуемые показатели	1987-1991гг.	1992-1996гг.	1997-2001гг.	2002-2006гг.	2007-2011гг.	2012-2014гг.
Всего прооперировано	815	1315	849	957	942	536
Тотальная тиреоидэктомия	5 (0,6%)	55 (4,2%)	70 (8,2%)	229 (23,9%)	462 (49,0%)	372 (69,4%)
Рецидивный зоб (% от всех операций)	43 (5,3%)	65 (4,9%)	35 (4,1%)	52 (5,4%)	51 (5,4%)	30 (5,6%)
Интервал между операциями (в годах)	11,1	10,1	13,3	16,5	19,4	21,3

Хирургические вмешательства при рецидивном зобе сложны, что обусловлено выраженным рубцовым процессом после предыдущей

операции, часто необычным направлением роста рецидива, трудностями в идентификации важных анатомических структур. Поэтому повторные операции атипичны, требуют индивидуального планирования и высокой квалификации хирурга. Мы используем последовательные технические приемы, облегчающие ход операции. На первом этапе выполняем широкое иссечение рубцовых тканей впереди от трахеи и выделение яремных сосудов. Затем низко выделяем гортанные нервы и по возможности идентифицируем околощитовидные железы. Сохраняя эти структуры, выделяем и удаляем все тиреоидные остатки, вне зависимости от степени патологических изменений в них.

При неполном удалении железы важным фактором профилактики рецидива заболевания, на наш взгляд, является длительное наблюдение за пациентами и адекватная заместительная терапия тиреоидными гормонами. По нашим данным в подавляющем большинстве случаев рецидивного зоба пациенты либо не контролировали тиреоидный статус вообще, либо наблюдались у эндокринолога лишь в первые годы после операции.

Выводы: 1. Факторами риска рецидивов зоба являются молодой возраст при первичной операции, женский пол и неполное удаление щитовидной железы.

2. Вероятность развития рака в рецидивном зобе небольшая (8,7%), что, при отсутствии компрессионного синдрома и зоба больших размеров, оправдывает активно-выжидательную тактику у таких пациентов.

3. Профилактика рецидива зоба заключается в тщательном отборе пациентов для хирургического лечения тиреоидной патологии, адекватном объеме операции (тотальная тиреоидэктомия при многоузловом и диффузном токсическом зобе), длительном наблюдении прооперированных у эндокринолога с полноценной заместительной терапией.

Литература

1. Болезни щитовидной железы. Пер. с англ. / Под ред. Л.И. Бравермана. – М.: Медицина, 2000. – 432 с.
2. Хирургическая эндокринология: руководство / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева – СПб: Питер, 2004. – 960 с.
3. Calò, P.G. Risk factors in reoperative thyroid surgery for recurrent goitre: our experience / P.G. Calò, G. Pisano, F. Medas et al. // G. Chir. – 2012. – Vol. 33(10). – P. 335-338.
4. Citgez, B., Changes in the choice of thyroidectomy for benign thyroid disease / B. Citgez, M. Uludag, G. Yetkin et al. // Surg Today. – 2013. – Vol. 43(6). – P. 625-631.
5. Pironi, D. Reoperative thyroid surgery: personal experience and review of the literature / D. Pironi, A. Panarese, S. Candioli et al. // G. Chir. – 2008. – Vol. 29(10). – P. 407-412.
6. Tezelman, S. The change in surgical practice from subtotal to near-total or total thyroidectomy in the treatment of patients with benign multinodular goiter / S. Tezelman, I. Borucu, Giles Y. Senyurek et al. // World J. Surg. – 2009. – Vol. 33(3). – P. 400-405.