

Библиографический список

1. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Щербачева Л.Н. Сахарный диабет у детей и подростков. М.: Универсум паблишинг, 2002. 391 с.
2. Glomset J.A. The plasma lecithins: cholesterol acyltransferase reaction // *J. Lipid Res.* 1986. Vol. 9. P. 155–167.
3. Complications in newly diagnosed type 2 diabetic patients and their association with different clinical and biochemical risk factors / UKPDS Study Group. UKPDS 6 // *Diabetes Res.* 1990. Vol. 13. P. 1–11.
4. Gospodarowicz D., Massoglia S., Cheng J., Fujii D.K. Effect of fibroblast growth factor and lipoproteins on the proliferation of endothelial cells derived from bovine adrenal cortex, brain cortex, and corpus luteum capillaries // *J. Cell. Physiol.* 1986. Vol. 127. P. 121–136.
5. Oppenheimer M. J., Sundquist K., Bierman E. L. Downregulation of high density lipoprotein receptor in human fibroblasts by insulin and IGF-I // *Diabetes.* 1989. Vol. 38. P. 117–122.
6. High Density Lipoproteins Stimulate the Production and Secretion of Endothelin-1 from Cultured Bovine Aortic Endothelial Cells / R.-M. Hu, M.-Y. Chuang, B. Prins [et al.] // *J. Clin. Invest. Inc.* 1994. Vol. 93. P. 1056–1062.
7. Diabetic HDL-associated myristic acid inhibits acetylcholine-induced nitric oxide generation by preventing the association of endothelial nitric oxide synthase with calmodulin / J. White, T. Guerin, H. Swanson [et al.] // *Amer. J. Physiol. Cell. Physiol.* 2008. Vol. 294. P. 295–305.
8. Shreenivas S., Oparil S. The role of endothelin-1 in human hypertension // *Clin. Hemorheol. Microcirc.* 2007. Vol. 37, № 1–2. P. 157–178.
9. Olivert F.J., De la Rubia G., Feener E.P. Stimulation of endothelin-1 gene by insulin in endothelial cells // *J. Biol. Chem.* 1991. Vol. 266. P. 23251–23256.
10. Increased activity of endogenous endothelin in patients with type II diabetes mellitus / C. Cardillo, U. Campia, M.B. Bryant [et al.] // *Circulation.* 2002. Vol. 106. P. 1783–1784.

Translit

1. Dedov I.I., Kuraeva T.L., Peterkova V.A., Werbacheva L.N. Saharnyj diabet u detej i podrostkov. M.: Universum publishing, 2002. 391 s.
2. Glomset J.A. The plasma lecithins: cholesterol acyltransferase reaction // *J. Lipid Res.* 1986. Vol. 9. P. 155–167.
3. Complications in newly diagnosed type 2 diabetic patients and their association with different clinical and biochemical risk factors / UKPDS Study Group. UKPDS 6 // *Diabetes Res.* 1990. Vol. 13. P. 1–11.
4. Gospodarowicz D., Massoglia S., Cheng J., Fujii D.K. Effect of fibroblast growth factor and lipoproteins on the proliferation of endothelial cells derived from bovine adrenal cortex, brain cortex, and corpus luteum capillaries // *J. Cell. Physiol.* 1986. Vol. 127. P. 121–136.
5. Oppenheimer M. J., Sundquist K., Bierman E. L. Downregulation of high density lipoprotein receptor in human fibroblasts by insulin and IGF-I // *Diabetes.* 1989. Vol. 38. P. 117–122.
6. High Density Lipoproteins Stimulate the Production and Secretion of Endothelin-1 from Cultured Bovine Aortic Endothelial Cells / R.-M. Hu, M.-Y. Chuang, B. Prins [et al.] // *J. Clin. Invest. Inc.* 1994. Vol. 93. P. 1056–1062.
7. Diabetic HDL-associated myristic acid inhibits acetylcholine-induced nitric oxide generation by preventing the association of endothelial nitric oxide synthase with calmodulin / J. White, T. Guerin, H. Swanson [et al.] // *Amer. J. Physiol. Cell. Physiol.* 2008. Vol. 294. P. 295–305.
8. Shreenivas S., Oparil S. The role of endothelin-1 in human hypertension // *Clin. Hemorheol. Microcirc.* 2007. Vol. 37, № 1–2. P. 157–178.
9. Olivert F.J., De la Rubia G., Feener E.P. Stimulation of endothelin-1 gene by insulin in endothelial cells // *J. Biol. Chem.* 1991. Vol. 266. P. 23251–23256.
10. Increased activity of endogenous endothelin in patients with type II diabetes mellitus / C. Cardillo, U. Campia, M.B. Bryant [et al.] // *Circulation.* 2002. Vol. 106. P. 1783–1784.

УДК 616.441–006.5–089.168.1–039.35–092 (045)

Оригинальная статья

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ УЗЛОВОЙ (МНОГОУЗЛОВОЙ) НЕТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ

Ю. В. Коваленко — ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры хирургии и онкологии ФПК и ППС; **А. С. Толстокоров** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой хирургии и онкологии ФПК и ППС, профессор, доктор медицинских наук.

POSTOPERATIVE RECURRENT NONTOXIC NODULAR (MULTINODULAR) GOITER

Yu. V. Kovalenko — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Surgery and Oncology of Raising Skills Faculty, Assistant; **A. S. Tolstokorov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Surgery and Oncology of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 27. 04. 11 г.

Дата принятия в печать — 08.12.2011 г.

Коваленко Ю. В., Толстокоров А. С. Послеоперационный рецидивный узловой (многоузловой) нетоксический зоб // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2011. Т. 7, № 4. С. 975–980.

Цель. Настоящее исследование направлено на улучшение отдаленных результатов лечения узлового (многоузлового) нетоксического зоба. **Материал и методы.** В работе представлены результаты обследования 102 пациентов с послеоперационным рецидивом узлового (многоузлового) нетоксического зоба, включенных в основную клиническую группу хирургического лечения, и 102 пациента контрольной группы с узловым (многоузловым) нетоксическим зобом, проходивших лечение в клинике хирургии и онкологии ФПК и ППС Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского в период с 2000 по 2004 г. Исследование проводилось продольно-ретроспективным методом. Статистический анализ включал вычисление средней арифметической величины, среднеквадратичного отклонения, ошибки средней величины. Оценку достоверности средних величин проводили путем вычисления коэффициента достоверности Стьюдента. **Результаты.** Основная масса рецидивов (61,8%) случаев связана с оперативным лечением полинодозного нетоксического зоба. Большинство рецидивов обнаружено там, где объем первичного оперативного вмешательства не превышал резекции одной доли или обеих долей щитовидной железы, т.е. операция носила экономный характер, с неадекватной интраоперационной ревизией сохраняемой ткани, полагаясь лишь на достоверность ультразвуковой диагностики. **Заключение.** Частота послеоперационного рецидива узлового (многоузлового) нетоксического зоба, по данным проведенного исследования, составила 5,6%. Из них у 3,9% больных с послеоперационным рецидивом выявлена новая морфологическая форма заболевания.

Ключевые слова: послеоперационный рецидив зоба, нетоксический зоб, многоузловой зоб, оперативное лечение.

Kovalenko Yu. V., Tolstokorov A. C. Postoperative recurrent nontoxic nodular (multinodular) goiter // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 4. P. 975–980.

The extensive use of modern methods of examination (ultrasound investigation with Doppler mapping, aspiration (needle) biopsy, radiodiagnosics) cannot resolve the problem of verification of nodular mass in case of multinodular goiter before operation. Operative intervention is the method of choice in this case, which gives rise to the problem of surgery extent. The present study is useful in improvement of remote results of surgical treatment of multinodular goiter through statistical estimation of recurrent goiter development. The study was retrospective and included 102 consecutively admitted and operated patients with recurrent goiter and 102 patients of control group with first diagnosed and operated goiter. Patients of both groups were in euthyroid state. Patients were admitted to the Clinic of Surgery and Oncology of Raising Skills Faculty of Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky from 2000 till 2004. Statistical analyses included calculation of average mean, standard deviation and mean error. Student's ratio was used as the test of validity of average mean. Chi-square test was used for assessment of qualitative characteristics.

Key words: postoperative recurrent goiter, nodular (multinodular) nontoxic goiter, initial radical surgery.

Введение. В последние годы, по данным многих авторов, наблюдается изменение структуры поражения щитовидной железы в сторону возрастания грубой тиреоидной патологии — многоузлового зоба (МУЗ), аутоиммунного тиреоидита (ХАИТ), фолликулярной неоплазии (ФН) и рака щитовидной железы (РЩЖ) до 62 % случаев [1].

Как известно, чаще всего узловой коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб (УКЗ) в условиях эндемии служит поводом для поспешных оперативных вмешательств экономного характера, проводимых в общехирургических стационарах, являясь изначально прогнозируемым вариантом развития рецидива [2].

Кажущиеся на первый взгляд уже хорошо изученными причины и механизмы развития послеоперационного рецидива узлового (многоузлового) нетоксического зоба (ПРУМНЗ), в условиях природной эндемии при наличии антропогенных факторов, не позволяют сформулировать единого подхода в решении вопроса объема первично-радикального оперативного вмешательства при полинодозном поражении в сочетании с ХАИТ, ФН [3,4].

Для большинства хирургов вопрос остается спорным в силу отсутствия убедительных данных подтверждающих радикальность лишь двух вариантов оперативного вмешательства: гемитиреоидэктомии (ГТЭ), при поражении одной доли ЩЖ и тиреоидэктомии (ТЭ), при ее тотальном поражении [5].

Для многих врачей ввиду наличия достаточного ассортимента синтетических тиреоидных препаратов, способных на приемлемом уровне компенсировать состояние дистиреоза, вопрос сохранения достаточного объема тиреоидной ткани, компенсирующей функциональную активность ЩЖ, острого значения не имеет. Однако остается малоизученным вопрос функциональной адаптации и качества жизни (КЖ) пациентов, радикальное оперативное лечение которых привело к атиреозу. Рост интереса к качеству жизни является показателем стремления к целостному взгляду на индивида в медицине и социальных науках [6, 7].

Цель исследования: оптимизация хирургической тактики при лечении узлового (многоузлового) нетоксического зоба (УМНЗ).

Задачи исследования: 1) изучить частоту ПРУМНЗ ретроспективно и по данным оперативного лечения УМНЗ; 2) провести анализ эффективности различных по объему методик оперативного лечения УМНЗ в условиях изменяющегося морфогенеза узлового поражения ЩЖ в зоне очаговой природной эндемии и индустриальных районах г. Саратова и Саратовской

области; 3) изучить зависимость КЖ оперированных пациентов, как интегрального показателя здоровья человека, от объема хирургического вмешательства с последующей компенсацией дистиреозного и атиреозного состояния; 4) создать рабочую модель классификации послеоперационного рецидивного узлового (многоузлового) нетоксического зоба.

Методы. С 2000 по 2004 г. в клинике хирургии и онкологии ФПК и ППС Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского на базе ГУЗ «ОКБ» г. Саратова на лечении находились 2860 больных с различными формами тиреоидной патологии, из них 2070 (72,4 %) больных оперированы. Женщины составили 89,8 %. Соотношение мужчин и женщин 1:9 соответственно. Возраст оперированных больных колебался от 14 до 77 лет (средний возраст 45,4±10,1 года), причем 66,7% — больные социально активного возраста. Основная масса — больные с узловым (многоузловым) поражением ЩЖ — 1987 (69,5%) пациентов. Подавляющее большинство имели моно- и полинодозные формы нетоксического зоба — 1828 (63,9%).

У 142 (6,9%) больных показанием к оперативному лечению послужил послеоперационный рецидив зоба. Послеоперационный рецидив узлового (многоузлового) нетоксического зоба составил 102 (5,58%) случая. По срокам болезни рецидив диагностировался в период от 1 года до 24 лет после оперативного вмешательства. Средний срок рецидивирования составил 12,2±4,1 года. Чаще всего клинические проявления отмечались в период от 5 до 10 лет в 67 (65,7%) случаях.

Использовались общепринятые и доступные методы обследования: физикальное обследование, ультразвуковая диагностика с применением режима доплеровского картирования, управляемая тонкоигольная пункционно-аспирационная биопсия с цитологическим исследованием материала, исследование тиреоидного статуса, радиоизотопное сканирование, компьютерная рентгеномография, окончательная гистологическая диагностика.

Срок наблюдения за оперированными первично больными составил 5 и более лет, что является приемлемым для выявления ранних и поздних признаков рецидива зоба, к которым относят увеличение объема тиреоидного остатка, изменение его структуры по данным динамической сонографии, появление клинических признаков компрессии окружающих органов. Указанный срок достаточен и для оценки функциональной адаптации оперированной ЩЖ, так как первые признаки гипотиреоза появляются уже через 1,5–2 месяца после оперативного вмешательства и могут быть выявлены как клинически, так и лабораторно.

В ходе исследования все пациенты были разделены на 2 репрезентативные группы (основную

Ответственный автор — Коваленко Юрий Викторович.
Адрес: 410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 46, кв. 137.
Тел.: (845-2) 50-02-93, (845-2) 72-04-69, 8-927-124-16-16.
E-mail: hirurgiyafpk@mail.ru

и контрольную), каждая из которых в свою очередь была разделена еще на 2 подгруппы дополнительно.

Основная группа исследуемых больных сформирована из 102 человек с послеоперационным рецидивным узловым (многоузловым) нетоксическим зобом. В первую подгруппу вошли 52 (51%) больных, проживающих в эндемичных зонах Заволжья, расположенных в левобережье бассейна р. Волги с послеоперационным рецидивом узлового (многоузлового) нетоксического зоба (27 — узловые формы и 25 — многоузловые формы). Во вторую подгруппу вошли 50 (49%) больных с территории правобережья, где йододефицит компенсирован (27 — узловые формы и 23 — многоузловые формы).

В контрольную группу вошли 102 пациента с узловым (многоузловым) нетоксическим зобом. В первую подгруппу вошел 51 (50%) больной, проживающий в эндемичных зонах Заволжья, расположенных в левобережье бассейна р. Волги (25 — узловые формы и 26 — многоузловые формы). Во вторую подгруппу вошел 51 (50%) больной, проживающий в г. Саратове и районах правобережья р. Волги, где йододефицит компенсирован (25 — узловые формы и 26 — многоузловые формы).

Для выяснения влияния объема операции на возникновение послеоперационного рецидива нами был сопоставлен характер первой и последующей операции. Отмечено, что в основной группе первичное оперативное вмешательство выполнено в объеме резекции доли ЩЖ (РД) 31 (30,3%) пациенту, гемитиреоидэктомия (ГТЭ) 27 (26,4%) пациентам, субтотальная резекция обеих долей ЩЖ (СРЩЖ) выполнялась 21 (20,5%) пациенту, гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией контрлатеральной доли (ГТЭ с СРКД) — 18 (17,6%) и тиреоидэктомия (ТЭ) — 5 (4,9%) пациентам соответственно.

Объем первично-радикального оперативного вмешательства в контрольной группе больных включал использование строго ограниченных стандартных методик — ГТЭ у 51 (50%) больного, ГТЭ с СРКД у 32 (31,37%) больных, ТЭ в 17 (16,67%) случаях и тиреоидэктомия с лимфаденэктомией (ТЭ с ЛАЭ) в 2 (1,96%) случаях.

Изучение морфологической структуры зоба на цитологическом (дооперационном и интраоперационном этапах) и заключительном гистологическом уровнях в основной группе больных после первичного оперативного вмешательства проводилось ретроспективно, по выпискам историй болезни и в режиме *on line* в контрольной группе.

Метод цитологического исследования путем тонкоигольной пункционно-аспирационной биопсии (ТПАБ) под контролем УЗИ (метод управляемой биопсии) применялся всем больным контрольной группы для получения информации о характере морфологических изменений в нодулярной и перинодулярной ткани ЩЖ.

К сожалению, довольно часто, несмотря на повторные попытки получить материал из кистозно-измененного узла, мазок состоял из большого количества макрофагов клеточного детрита и элементов периферической крови. В таком случае можно однозначно говорить о содержимом кисты. Однако данное цитологическое заключение не всегда следует относить к разряду доброкачественных изменений, т.к. полученный аспирационный материал нельзя считать информативным. В ходе исследования у 9 (8,82%) больных контрольной группы препарат оказался неинформативным. Ретроспективная оценка

результатов данной группы больных показала, что это были пациенты с атипичным и труднодоступным расположением узлов в ЩЖ. Как правило, это и объясняет недостаточное количество цитологического материала в аспирате, «пустой мазок».

Из 93 (91,18%) обследуемых с информативными препаратами результаты цитологического и морфологического исследований совпали у 78 (76,5%) больных, совпали не полностью у 8 (7,8%) человек и не совпали вовсе у 7 (6,86%) больных.

В основной группе больных с ПРУМНЗ (n=102) из эндемичной зоны гистологическая форма УМНЗ представлена в 46 (45,1%) случаях узловым коллоидным зобом (УКЗ), в 2 (1,96%) случаях фолликулярной неоплазией (ФН), в 2 (1,96%) случаях раком щитовидной железы (РЩЖ) и в 2 (1,96%) случаях фиброзно-склеротической формой аутоиммунного тиреоидита (АИТ). Морфологическая форма УМНЗ больных из зоны с высоким уровнем антропогенной нагрузки была представлена в 40 (39,2%) случаях УКЗ, в 3 (2,94%) случаях ФН, в 2 (1,96%) случаях РЩЖ и в 5 (4,9%) случаях фиброзно-склеротической формой АИТ.

В контрольной группе УМНЗ больных (n=102) из эндемичной зоны гистологическая форма УМНЗ представлена в 43 (42,2%) случаях УКЗ, в 4 (3,9%) случаях ФН, в 2 (1,96%) случаях РЩЖ и в 2 (1,96%) случаях фиброзно-склеротической формой АИТ. Морфологическая форма УМНЗ больных из зоны с высоким уровнем антропогенной нагрузки была представлена в 35 (34,3%) случаях коллоидным зобом, в 6 (5,9%) случаях ФН, в 4 (3,92%) случаях РЩЖ и в 6 (5,9%) случаях фиброзно-склеротической формой АИТ.

Изучение показателей КЖ больных с ПРУМНЗ и УМНЗ проведено методом анкетирования с помощью универсального опросника MOS SF-36 до операции и в различные сроки послеоперационного периода (6, 12 месяцев) на фоне проводимой коррекции гипо- и атиреоидного состояния [7]. Отечественная версия опросника SF-36 прошла необходимую валидизацию, обладает надёжными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований КЖ в России.

Настоящая работа относится к исследованиям второго уровня. Исследование проводилось продольно-ретроспективным методом. При отборе пациентов и распределении их на группы использовался метод случайной выборки.

Статистический анализ проводился стандартным способом вычисления средней арифметической величины, среднеквадратичного отклонения, ошибки средней величины. Оценка достоверности средних величин проводили путем вычисления коэффициента достоверности Стьюдента.

Результаты. Установлено, что ПРУМНЗ в основной группе больных развился в период до 2 лет после операции у 11 (10,78%) больных, до 5 лет после операции у 37 (36,28%), до 10 лет — 33 (32,35%) и более 10 лет — 21 (20,59%).

При выявлении связи между локализацией рецидива и сроками обращения установлено, что в первые 5 лет рецидив развился почти в 1,4 раза чаще в оперированной доле, чем в неоперированной. В то же время в сроки от 5 до 10 лет, на которые приходится максимальное число рецидивов, их количество в оперированной и неоперированной долях существенно не различалось.

При ПРУМНЗ более выражен шейный компрессионный синдром — в 47 (46,08%) случаях, относящийся к поздним симптомам рецидива, вследствие того что ткань ЩЖ распространяется в зоны наименьшего сопротивления, свободные от плотных рубцовых структур выполненные рыхлой клетчаткой — ретротрахеальное, ретрозофагеальное, загрудинное пространства.

Первая операция у 79 (77,5%) больных основной группы носила функционально-щадящий характер. У 11 (10,8%) больных ПРУМНЗ наблюдали дважды, после первичных односторонних резекций. В последующем эти больные перенесли по 2 операции по поводу рецидивов. Резекция доли ЩЖ, в том числе и повторно, выполнялась в 4 (3,9%), ГТЭ — в 2 (1,9%), субтотальная резекция обеих долей ЩЖ — в 2 (1,9%) и ГТЭ с СРКД в 3 (2,9%) случаях и были последними вмешательствами в числе предыдущих, после чего рецидивов не последовало.

В проведенном исследовании были рассчитаны чувствительность и специфичность управляемой тонкоигольной пункционно-аспирационной биопсии, прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов исследования для оценки значимости результатов метода по общепринятым формулам.

При УМНЗ чувствительность метода составляет 97,8%, специфичность — 94,6%; при ФН — 69,5 и 95,3% соответственно; при ХАИТ — 98,1 и 99,9% соответственно. Чувствительность цитологического метода при фолликулярном раке составляет 58,4%, а при папиллярном раке — 84,1%. Коэффициент достоверности $p < 0,01$.

Суммарное гистологическое заключение: в основной и контрольной группах в 84,3 и 76,5% случаев соответственно выявлялся коллоидный, в разной степени пролиферирующий зоб макро-микрофолликулярного строения. В 4,9 и 9,8% случаев в узлах были обнаружены фолликулярные аденомы. Сочетание рецидива узлового коллоидного зоба с ФН наблюдали в 10,6 и 13,5% случаев соответственно, с фиброзно-склеротической формой ХАИТ в 4,3 и 5,8% случаев. Отмечено, что 1,96 и 3,92% случаев ФН протекали на фоне ХАИТ.

Рецидив рака ЩЖ в основной группе развился у 2 из 4 больных: до 10 лет в 1 случае и более 10 лет в другом. Диагноз РЩЖ до первой операции не был установлен у 1 больного, когда скрывался под маской многоузлового нетоксического зоба в сочетании с ФН. При гистологическом исследовании выявлены следующие формы рака: фолликулярный — 1, папиллярный — 2, фолликулярно-папиллярный — 1.

Анализ частоты послеоперационного рецидива узлового (многоузлового) нетоксического коллоидного пролиферирующего зоба у больных, проживающих в эндемичных и неэндемичных, но индустриальных районах Саратовской области, показал что для неэндемичных районов она составила 71,9% случаев, а для эндемичных — 78,1%. Число сочетанной полиморфной многоузловой патологии в Саратове и крупных индустриальных городах области достоверно выше, чем в сельскохозяйственных районах. Разница частоты рецидивирования полинодозных полиморфных форм для эндемичных и неэндемичных районов сглажена, ввиду того что в состав неэндемичных районов входили индустриальные города с высокой степенью антропогенной нагрузки.

Метод цитологического исследования при тонкоигольной пункционно-аспирационной биопсии под

контролем УЗИ (метод управляемой биопсии) дает ценную информацию о характере морфологических изменений в нодулярной и перинодулярной ткани ЩЖ.

Первая операция у этих пациентов носила функционально-щадящий характер и выполнялась в объеме резекции щитовидной железы. Это привело к необходимости в последующем прибегнуть у двух больных к оперативному вмешательству в объеме ТЭ и двух пациентов к расширенным операциям: у одной больной выполнено вмешательство с резекцией трахеи, у одного больного хирургическое вмешательство дополнено фасциально-фулярной лимфодиссекцией (ФЛД).

Изучение показателей КЖ больных, оперированных с ПРУМНЗ и УМНЗ, проведено с помощью универсального опросника MOS SF-36. По шкале «жизненная активность» общий показатель у больных с послеоперационным зобом составил 22,26, в группе здоровых лиц — 55,9; по шкале «показатель здоровья» средние значения 30,87 и 59,8 балла соответственно. По показателям ролевого функционирования в отдаленном периоде отмечено достоверное увеличение качества жизни с 22,0 до 65,3 балла через 5 лет.

Нами изучены и проанализированы показатели КЖ больных с послеоперационным зобом при наличии специфических послеоперационных осложнений. Наибольшим оказался показатель психического здоровья при оценке социального функционирования: в группе органосохраняющих операций он равен $70,9 \pm 5,7$, в группе с расширенными вмешательствами — $60,1 \pm 5,4$ балла. Так, жизнеспособность в группе больных без осложнений соответствовала значению $50,9 \pm 5,2$, а в группе больных с осложнениями $47,3 \pm 4,3$ балла.

Полученные результаты показали, что в ранние сроки послеоперационного периода КЖ пациентов с послеоперационным зобом хуже, чем в группе здоровых людей.

Обсуждение. Частота послеоперационного рецидива узлового (многоузлового) нетоксического зоба, по данным проведенного исследования, составила 5,6%. Из них в более половины случаев ПРУМНЗ выявлен у больных, оперированных первично в стационарах общехирургического профиля, где невысокий уровень хирургической подготовки способствует росту количества рецидивов и специфических осложнений, что согласуется с данными мировой литературы [8].

Основная масса рецидивов (61,8% случаев) связана с оперативным лечением полинодозного нетоксического зоба. Большинство рецидивов обнаружено там, где объем первичного оперативного вмешательства не превышал резекции одной доли или обеих долей щитовидной железы, т.е. операция носила экономный характер, с неадекватной интраоперационной ревизией сохраняемой ткани, полагаясь лишь на достоверность ультразвуковой диагностики. У 3,9% больных с послеоперационным рецидивом выявлена новая морфологическая форма заболевания, о чем также упоминалось в работах некоторых авторов [9].

Сроки возникновения послеоперационного рецидива в интервале от 5 до 10 лет (средний срок рецидивирования $10,2 \pm 2,1$ года) свидетельствуют о необходимости продолжительного диспансерного наблюдения за больными, оперированными по поводу УМНЗ.

Обращает на себя внимание существенный рост ФН и фиброзно-склеротической формы ХАИТ, которые встречались в 9,8 и 5,8% случаев наблюдений соответственно.

У всех пациентов отмечаются невысокие показатели жизнеспособности и самооценки психического здоровья. Только показатель «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование», предполагающее оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, у пациентов после радикальных операций был выше, чем в группе органосохраняющих вмешательств.

В результате исследования выявлено, что показатель КЖ оперированных больных в 86% случаев имеет прямую корреляционную зависимость от наличия послеоперационных специфических осложнений (пареза или паралича гортани) и качества заместительной терапии гипо- и атиреоидного состояния, вне связи с количественным выражением дозы тиреоидных препаратов, что подтверждается данными литературы [10].

Результатом проделанной исследовательской работы явилось создание дополнительного раздела к существующей общепринятой ВОЗ классификации заболеваний ЩЖ под рубрикой «послеоперационный рецидивный узловой (многоузловой) нетоксический зоб».

Предлагаемое дополнение в полной мере отражает многоплановый подход в решении наболевшей проблемы. Классификация послеоперационного рецидивного узлового (многоузлового) зоба позволяет разграничить понятия «послеоперационный рецидив зоба», причиной которого является не только полиморфность тиреоидной патологии, но и морфологическая трансформация зоба в силу многообразия этиопатогенетических механизмов развития зоба, и понятия «послеоперационный рецидив заболевания», причиной которого могут быть ошибки в выборе метода лечения или его практической реализации.

Классификация послеоперационного рецидивного узлового нетоксического зоба:

I. Послеоперационный рецидив заболевания (прогнозируемый).

1. Нерадикальный объем первичной операции.
 - 1.1. Ранние рецидивы (до 24 мес.).
 2. Продолженное действие зобогенных факторов.
 - 2.2. Поздние рецидивы (свыше 24 мес.).
 3. Неэффективность тиреотропной терапии.
 - 3.3. Поздние рецидивы (свыше 24 мес.).

II. Послеоперационный рецидив зоба (непрогнозируемый).

1. Мономорфный зоб.
 - 1.1. Ранние рецидивы (до 24 мес.).
 - 1.2. Поздние рецидивы (свыше 24 мес.).
2. Полиморфный зоб.
 - 2.1. Ранние рецидивы (до 24 мес.).
 - 2.2. Поздние рецидивы (свыше 24 мес.).

Такая структуризация причин позволяет в каждом конкретном случае установить генез развития послеоперационного рецидивного зоба и планировать превентивные мероприятия для его профилактики.

Заключение. Диагностика ПРУМНЗ не всегда проста, однако манифестация клинических проявлений, как правило, идентична первичному проявлению заболевания в 65,7% случаев.

Визуальное и пальпаторное обследование в 60% случаев малоинформативно. Существующие рубцы и спайки могут создавать ложное представление об

узловой трансформации зоба. Из-за особенностей роста послеоперационный рецидивный зоб почти всегда оказывался больших размеров, чем можно было предположить до операции.

Частота послеоперационного рецидива узлового (многоузлового) нетоксического зоба, по данным проведенного исследования, составила 5,6%. Из них у 3,9% больных с послеоперационным рецидивом выявлена новая морфологическая форма заболевания.

Частота послеоперационного рецидивного узлового (многоузлового) нетоксического коллоидного пролиферирующего зоба в эндемичных районах составила 71,9% случаев, а эндемичных — 78,1% случаев соответственно. Очевидно, что послеоперационные рецидивы узлового (многоузлового) нетоксического зоба возникают чаще после органосберегающих функционально щадящих операций на ЩЖ, с неадекватной ревизией контралатеральных долей, полагаясь лишь на заключение ультрасонографии, несмотря на комплекс проводимых послеоперационных мероприятий по стабилизации дистиреоза и йодной недостаточности.

Показатели КЖ оперированных больных в большинстве случаев зависят не от объема оперативного вмешательства, а от наличия послеоперационных специфических осложнений (пареза или паралича гортани), качества компенсации гипо- и атиреоидного состояния, которое нередко связано с низким compliance самих пациентов.

Предлагаемая формулировка классификации не претендует на всеобъемлющую полноту и завершенность — это лишь еще один шаг к объективному взгляду на проблему построения единой классификации послеоперационного рецидивного зоба. Классификация достаточно последовательно упорядочивает, уточняет и структурирует описываемую патологию.

Библиографический список

1. Проблемы рецидивного зоба в эндокринной хирургии / В. О. Бондаренко, Т. И. Дзюни, С. В. Зорина [и др.] // Эндокринная хирургия. 2008. № 1 (2). С. 20–23.
2. Олиферова О. С., Белобородов В. А., Мясников В. А. Многоузловой зоб в регионе природного йододефицита // Анналы хирургии. 2007. № 6. С. 17–22.
3. Саидова Ф. Х. Причины рецидивирования полинодозного зоба // Клиническая хирургия. 2005. № 9. С. 33–35.
4. Павловский И. М., Шидловский А. В. Послеоперационный рецидивный зоб: классификация, причины и факторы развития // Современные аспекты хирургической эндокринологии: матер. XIX Рос. симп. по хирургической эндокринологии. Челябинск, 2010. С. 238–241.
5. Total thyroidectomy for benign thyroid disorders in an endemic region / A. Mishra, A. Agarwal, G. Agarwal, S. K. Mishra // World J. Surg. 2001. Vol. 25. P. 307–310.
6. Оценка гормонального статуса больных, оперированных по поводу узловых образований щитовидной железы / В. В. Рыбачков, А. В. Тевяшов, Е. И. Россошанская, Е. Н. Кабанов // Материалы Всероссийского форума «Пироговская хирургическая неделя». СПб., 2010. С. 865–867.
7. Изучение качества жизни в послеоперационном периоде при узловых образованиях щитовидной железы. / Н. П. Рязанцева, Г. К. Жерлов, А. В. Карпович, С. П. Синько // Паллиат. мед. и реабил.: научн.-практ. журн. 2005. № 2. С. 14–15.
8. Subtotal and Near Total Versus Total Thyroidectomy for the Management of Multinodular Goiter / M. Vaiman, A. Nagibin, P. Hagag [et al.] // World J. Surg. 2008. Vol. 32. P. 1546–1551.
9. Романчишен А. Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб.: ИНК «Вести», 2009. 647 с.
10. The American Thyroid Association Guidelines Taskforce / D. S. Cooper, G. M. Doherty, B. R. Haugen [et al.] // Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2006. Vol. 16, № 2. P. 1–33.

Translit

1. Problemy recidivnogo zoba v jendokrinnoj hirurgii / V. O. Bondarenko, T. I. Djepjui, S. V. Zorina [i dr.] // Jendokrinnaia hirurgija. 2008. № 1 (2). S. 20–23.
2. *Oliferova O. S., Beloborodov V. A., Mjasnikov V. A.* Mnogozulovoj zob v regione prirodnoho jododeficyta // Annaly hirurgii. 2007. № 6. S. 17–22.
3. *Saidova F. H.* Prichiny recidivirovaniya polinodoznogo zoba // Klinicheskaja hirurgija. 2005. № 9. S. 33–35.
4. *Pavlovskij I. M., Shidlovskij A. V.* Posleoperacionnyj recidivnyj zob: klassifikacija, prichiny i faktory razvitiya // Sovremennye aspekty hirurgicheskoi jendokrinologii: mater. XIX Ros. simp. po hirurgicheskoi jendokrinologii. Chelja-binsk, 2010. S. 238–241.
5. Total thyroidectomy for benign thyroid disorders in an endemic region / A. Mishra, A. Agarwal, G. Agarwal, S. K. Mishra // World J. Surg. 2001. Vol. 25. P. 307–310.
6. Ocenka gormonal'nogo statusa bol'nyh, operirovannyh po povodu uzlovyh ob-razovanij witovidnoj zhelezy / V. V. Rybachkov, A. V. Tevjashov, E. I. Rossoshanskaja, E. N. Kabanov // Materialy Vserossijskogo foruma «Pirogovskaja hirurgicheskaja nedelja». SPb., 2010. S. 865–867.
7. Izuchenie kachestva zhizni v posleoperacionnom periode pri uzlovyh obrazovanijah witovidnoj zhelezy. / N. P. Rjazanceva, G. K. Zherlov, A. V. Karpovich, S. P. Sin'ko // Palliat. med. i rehabil.: nauchn.-prakt. zhurn. 2005. № 2. S. 14–15.
8. Subtotal and Near Total Versus Total Thyroidectomy for the Management of Multi-nodular Goiter / M. Vaiman, A. Nagibin, P. Hagag [et al.] // World J. Surg. 2008. Vol. 32. P. 1546–1551.
9. *Romanchishen A. F.* Hirurgija witovidnoj i okolowitovidnyh zhelez. SPb.: INK «Vesti», 2009. 647 s.
10. The American Thyroid Association Guidelines Taskforce / D. S. Cooper, G. M. Doherty, B. R. Haugen [et al.] // Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2006. Vol. 16, № 2. P. 1–33.