

УДК 616.441-006.5-036.1-037

Н.П. Ткачук,
В.В. Білоокій,
Я.В. Гирла,

М.І. Шеремет

Вищий державний навчальний заклад
 України "Буковинський державний
 медичний університет", м. Чернівці

ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ ВУЗЛОВИХ ФОРМ ЗОБА

Ключові слова: ризик рецидиву зоба, прогностичні фактори, шкала прогнозування.

Резюме. Було проаналізовано результати обстеження та хірургічного лікування 30 хворих з рецидивом вузлових форм зоба та 30 пацієнтів з безрецидивним перебігом захворювання. Аналіз можливих причин та чинників виникнення рецидиву вузлових форм зоба показав, що найбільш несприятливими прогностичними факторами є: вік хворих < 50 років; проживання в умовах йододefіциту; спадковий анамнез зоба; гіпер- чи гіпотиреоз; вище референтного рівень в сироватці крові тиреоглобуліну (ТГ), антитіл до тиреопероксидази (АТПО), антитіл до тиреоглобуліну (АТТГ) та антитіл до мікросомальної фракції тиреоцитів (АМСт); ультрасонографічні дані: гіпо- чи гіперехогенність перинодулярної тканини, розповсюдження ураження $\geq 50\%$ частки щитоподібної залози, двобічність ураження.

Вступ

Вузлові форми зоба займають провідне місце серед причин операцій на щитоподібній залозі [1, 4, 8, 10], адже хірургічне лікування забезпечує найбільше число випадків повного видужання таких пацієнтів [7, 17]. Однак дедалі частіше клініцисти звертають увагу на віддалені результати та ускладнення після хірургічного лікування даної патології, особливо на таку нозологічну одиницю як післяопераційний рецидивний зоб [3, 14].

Рецидивний зоб - є багатофакторним захворюванням і на його розвиток можуть впливати різноманітні чинники [5, 15, 16]. Вирішальними факторами ризику розвитку рецидиву зоба провідні тиреологи світу вважають недостатній обсяг оперативного втручання та неадекватність замісної післяопераційної гормонотерапії [2, 6, 11, 12]. Інші дослідники стверджують, що тиреоїдектомія повинна розглядатися, як вимушений крок, а не як операція вибору, оскільки неминучим її наслідком є стійкий гіпотиреоз [9, 13]. Отже, великий інтерес викликає питання виявлення пацієнтів з потенційним ризиком рецидиву зоба та індивідуальний вибір обсягу оперативного втручання.

Мета дослідження

Встановити можливі чинники рецидиву вузлових форм зоба, визначення наявності яких в передопераційному періоді дасть можливість виділити групи пацієнтів з потенційним ризиком

рецидиву.

Матеріал і методи

Проаналізовані результати обстеження та хірургічного лікування хворих на вузлові форми зоба, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Чернівецької обласної клінічної лікарні впродовж 2004-2014 р. Для досягнення однорідності груп пацієнти відбиралися за критеріями: жінки, гістологічне підтвердження доброякісної вогнищевої патології. Виділено 30 осіб у яких в період від 5 до 8 років після первинної операції виник рецидив вузлових форм зоба - основна (I; n=30) група, та 30 пацієнтів з безрецидивним перебігом захворювання, які увійшли в порівняльну (II; n=30) групу. Враховувались анамнестичні, ультразвукові дані та результати дослідження плазми крові на рівень тиреотропного гормону (ТТГ); вільних фракцій тироксину (fT4) та трийодтироніну (fT3); тиреоглобуліну (ТГ); антитіл до тиреопероксидази (АТПО), антитіл до тиреоглобуліну (АТТГ) та антитіл до мікросомальної фракції тиреоцитів (АМСт).

Лабораторні дослідження проводилися імунохімічним методом з електрохемилюмінесцентною детекцією (ECLIA) за допомогою тест-системи Roche Diagnostics (Швейцарія) та методом імуноферментного аналізу, аналізатор ELISA.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп'ютерних програм "Excel 7.0" та "Statgraphics Plus 5.1 Enterprise edition".

Обговорення результатів дослідження

Вік пацієнтів I групи на момент хірургічного втручання був від 20 до 65 ($39,96 \pm 0,94$) років; II групи - від 24 до 68 ($50,6 \pm 0,72$). Проводячи порівняння анамнестичних відомостей двох груп хворих на вузлові форми зоба відмічено, що 100% осіб I групи та 77% пацієнтів II групи проживають в умовах йододефіциту. Наявність спадкового анамнезу зоба встановлено у 53% пацієнтів I групи та у 27% осіб II групи.

За даними ультрасонографії: у 70% пацієнтів I групи та у 37% осіб II групи відмічалось ураження обох часток щитоподібної залози; розповсюдженість вузлових утворень $\geq 50\%$ частки було відмічено у 63% осіб I групи та у 43% пацієнтів II групи; перинодулярні зміни тиреоїдної тканини у вигляді гіпо- чи гіперехогенності були констатовані у 77% осіб I групи та у 30% пацієнтів II групи.

Еутиреоз при дослідженні тиреоїдного статусу

встановлено у 67% осіб I групи та у 80% пацієнтів II групи.

При вивченні активності автоімунних процесів виявлено: середній вміст АТПО у пацієнтів I групи складав $61,47 \pm 18,2$ МЕ/мл, II групи - $27,48 \pm 7,61$ МЕ/мл; $p < 0,001$; середній рівень АТТГ у пацієнтів I групи склав $117,53 \pm 35,19$ МЕ/мл, II групи - $79,68 \pm 24,58$ МЕ/мл, $p < 0,001$.

Важливе значення в оцінці ступеня йододефіциту відіграє вміст в сироватці крові тиреоглобуліну: > 40 нг/мл - важкий, $20-39$ нг/мл - середній, < 20 нг/мл - легкий. У пацієнтів I групи вміст ТГ складав $46,56 \pm 5,94$ нг/мл; II групи - $30,07 \pm 3,21$ нг/мл, $p < 0,001$.

На основі вищенаведених даних нами розроблено шкалу для прогнозування рецидиву вузлових форм зоба, яка включає параметри з присвоєними їм балами (табл.). Оцінку проводять за арифметичною сумою балів. Максимальна сума за даною шкалою становить 9, мінімальна - 0 балів.

Таблиця

Шкала прогнозування рецидиву вузлових форм зоба

№	Прогностичний фактор	Бали
1.	Проживання в умовах йододефіциту	Так – 1 Ні – 0
2.	Стать	Жіноча – 1 Чоловіча – 0
3.	Вік	< 50 років – 1 > 50 років – 0
4.	Спадковий анамнез зоба	Обтяжений – 1 Не обтяжений – 0
5.	Тиреоїдний статус (клінічно та лабораторно)	Гіпо, гіпертиреоз – 1 Еутиреоз – 0
6.	Ураження часток щитоподібної залози (за даними УЗД)	Двобічне – 1 Однобічне – 0
7.	Розповсюдження ураження у частці щитоподібної залози (за даними УЗД)	$\geq 50\%$ частки – 1 $< 50\%$ частки – 0
8.	Ехогенність перинодулярної тканини (за даними УЗД)	Гіпо-; гіперехогенність – 1 Ізоехогенність – 0
9.	Ехоструктура	Неоднорідна – 1 Однорідна – 0

лів. Групу ризику становлять пацієнти з оцінкою більше 5 балів.

Висновки

Отже, аналіз можливих причин та чинників виникнення рецидиву вузлових форм зоба показав, що найбільш несприятливими прогностичними факторами є: вік хворих < 50 років; проживання в умовах йододефіциту; спадковий анамнез зоба; гіпер- чи гіпотиреоз; вище референтного рівень в сироватці крові тиреоглобуліну (ТГ), антитіл до тиреопероксидази (АТПО), антитіл до тиреоглобуліну (АТТГ) та антитіл до мікросомальної фракції тиреоцитів (АМСт); ультрасонографічні

дані: гіпо- чи гіперехогенність перинодулярної тканини, розповсюдження ураження $\geq 50\%$ частки щитоподібної залози, двобічність ураження.

Визначення в передопераційному періоді наявності ризику рецидиву у хворих на вузлові форми зоба дозволить обрати відповідний обсяг оперативного втручання: у пацієнтів, які згідно шкали належать до групи ризику, на нашу думку, доцільно виконувати більш радикальні операції: тиреоїдектомію чи гемітиреоїдектомію з субтотальною резекцією контрлатеральної частки (з сторони менших змін); у хворих, що не належать до групи ризику планують менші за обсягом оперативні втручання в залежності від локалізації

вузлуотворень: однобічну гемітиреоїдектомію чи субтотальну резекцію обох часток щитоподібної залози.

Перспективи подальших досліджень

Обґрунтованою є перспектива подальших досліджень щодо виявлення груп пацієнтів з потенційним ризиком рецидиву вузлових форм зоба в передопераційному періоді та можливість запобігання рецидиву у даних пацієнтів: хірургічним шляхом під час операції та медикаментозними засобами в післяопераційному періоді.

Література. 1. Болгов М.Ю. Результаты длительного наблюдения за пациентами с доброкачественными очаговыми образованиями щитовидной железы / М.Ю. Болгов, Ю.Н. Тарашенко, И.Р. Янчий // *Міжнар. ендокринолог. ж.* - 2014. - № 2(58). - С. 9-14. 2. Вплив комбінованого хірургічного лікування на функціональну активність щитоподібної залози у хворих на післяопераційний рецидивний зоб / Ю.І. Караченцев, В.В. Хазієв, В.М. Дубовик [та ін.] // *Проблеми ендокринної патології.* - 2011. - № 4. - С. 5-11. 3. Коваленко Ю.В. Послеоперационный рецидивный зоб: заболевание или осложнение (обзор) / Ю.В. Коваленко // *Саратовский научно-медицинский журнал.* - 2012. - Т. № 8, № 1. - С. 152-158. 4. Кравченко В.І. Динаміка захворюваності на патологію щитоподібної залози в Україні / В.І. Кравченко, С.В. Постол // *Міжнар. ендокринолог. ж.* - 2011. - № 3(35). - С. 10-14. 5. Павловський І.М. Післяопераційний рецидивний зоб: шляхи попередження і лікування / І.М. Павловський // *Львівський медичний часопис.* - 2010. Т. 16, № 4. - С. 108-111. 6. Цуркан А.Ю. Современные подходы к лечению рецидивного зоба / А.Ю. Цуркан // *Вестник новых медицинских технологий.* - 2013. - Т. № 20, № 2. - С. 254-256. 7. Черненко С.М. Основные принципы ведения пациентов, перенесших оперативное вмешательство на щитовидной железе / С.М. Черненко // *Здоров'я України.* - 2012. - № 2-3. - С. 58-60. 8. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules / H. Gharib, E. Papini, R. Paschke [et al.] (AAACE/AME/ETA Task Force on Thyroid Nodules) // *Endocr. Pract.* - 2010. - Vol. 16 (1). - P. 1-43. 9. Bilateral subtotal thyroidectomy versus hemithyroidectomy plus subtotal resection (Dunhill Procedure) for benign goiter: long-term results of a prospective, randomized study / N. Rayes, T. Steinmuller, S. Schroder [et al.] // *World Journal of Surgery.* - 2013. - Vol. 37, № 1. - P. 84-90. 10. Conservative therapy multinodular goiter: current views on the issue / R.F. Redberg, A.I. Mushlin, L.A. Kaltenbach [et al.] // *JAMA.* - 2014. - Vol. 316. - P. 889-901. 11. Differential recurrent laryngeal nerve palsy rates after thyroidectomy / J.W. Serpell, J. C. Lee, M. J. Yeung [et al.] // *J. Surgery.* - 2014. - Vol. 156, № 5. - P. 1157-1166. 12. Dralle H. State of the art: surgery for endemic goiter - a plea for individualizing the extent of resection instead of heading for routine total thyroidectomy / H. Dralle, K. Lorenz, A. Machens // *Langenbeck's Archives of Surgery.* - 2011. - Vol. 396, № 8. - P. 1137-1143. 13. Five-year follow-up of a randomized clinical trial of total thyroidectomy versus dunhill operation versus bilateral subtotal thyroidectomy for multinodular nontoxic goiter / A. Hubalewska-Dydejczyk, F. Golkowski, S. Cichoż [et al.] // *World Journal of Surgery.* - 2010. - Vol. 34, № 6. - P. 1203-1213. 14. Moalem J., Suh I., Duh Q. Treatment and prevention of recurrence of multinodular goiter: an evidence-based review of the literature / J.

Moalem, I. Suh, Q. Duh // *World Journal of Surgery.* - 2008. - Vol. 32, № 7. - P. 1301-1312. 15. Nodular recurrence and hypothyroidism following partial thyroidectomy for benign nodular thyroid disease in children and adolescents / M. Akkari, D. Schmitt, C. Jeandel [et al.] // *J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* - 2014. - Vol. 8, № 78(10). - P. 1742-1746. 16. Risk factors in reoperative thyroid surgery for recurrent goitre. Our experience / P.G. Calo, G. Pisano, F. Medas [et al.] // *G. Chir.* - 2012. - Vol. 33, № 10. - P. 335-338. 17. Sabra M. Stimulated thyroglobulin levels obtained after thyroidectomy are a good indicator for risk of future recurrence from thyroid pathology / M. Sabra // *Clinical thyroidology for patients.* - 2013. - Vol. 6, № 8. - P. 8-9.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВА УЗЛОВЫХ ФОРМ ЗОБА

Н.П. Ткачук, В.В. Білокий, Я.В. Гырла, М.І. Шеремет

Резюме. Были проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 30 больных с рецидивом узловых форм зоба и 30 пациентов с бесрецидивным течением заболевания. Анализ возможных причин и факторов возникновения рецидива узловых форм зоба показал, что наиболее неблагоприятными прогностическими факторами являются: возраст больных <50 лет; проживание в условиях йододефицита; наследственный анамнез зоба; гипер- или гипотиреоз; выше референтного уровень в сыворотке крови тиреоглобулина (ТГ), антител к тиреопероксидазе (АТПО), антител к тиреоглобулину (АТТГ), антител к микросомальной фракции тиреоцитов (АМСТ); ультрасонографические данные: гипо- или гиперехогенность перинодулярной ткани, распространение поражения $\geq 50\%$ доли щитовидной железы, двусторонность поражения.

Ключевые слова: риск рецидива зоба, прогностические факторы, шкала прогнозирования.

PREDICTION OF RELAPSE OF GOITER NODULAR FORMS

N.P. Tkachuk, V.V. Bilooky, Y.V. Gyrla, M.I. Sheremet

Abstract. We have analysed the results of examination and surgical treatment of 30 patients with nodal goiter relapse and 30 people with relapse-free course of the disease. The analysis of possible causes and factors of nodal goiter relapse showed that the most unfavorable prognostic factors were: age of patients <50 years; accommodation in terms of iodine deficiency; hereditary history of goiter; hyper- or hypothyroidism; the level of anti-thyroid peroxidase autoantibodies (ATPA), anti-thyroglobulin autoantibodies (ATGA) and thyroid antimicrosomal antibody (TAMA), thyroglobulin (TG); ultrasonographic findings, hypo- or hyperechogenicity of perinodular tissue, prevalence of lesions $\geq 50\%$ of the thyroid gland lobe, bilateral lesions are above the reference in the blood serum.

Key words: the risk of recurrence of goiter, prognostic factors, predicting scale.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi

Clin. and experim. pathol. - 2015. - Vol. 14, №4 (54). - P. 163-165.

Надійшла до редакції 28.09.2015
Рецензент – проф. І.В. Шкварковський

© Н.П. Ткачук, В.В. Білокий, Я.В. Гырла,
М.І. Шеремет, 2015