

51. National Advisory Committee on Nutrition Education: Proposals for Nutritional Guidelines for Health Education in Britain // *Lancet*.— 1983.— Vol. 2.— P. 782—785.
52. Nuttall F. // *Diabet. Care*.— 1983.— Vol. 6.— P. 197—204.
53. The Perfect Enemy: Eating and IDDM // *Lancet*.— 1990.— Vol. , N 6.— P. 1564.
54. Peterson D., Lambert J., Gerring S. et al. // *Diabetologia*.— 1986.— Vol. 29.— P. 216—220.
55. Simpson R., Mann J., Eaton J. et al. // *Brit. med. J.*— 1979.— Vol. 2.— P. 523—525.
56. Smith C. // *Lancet*.— 1983.— Vol. 2.— P. 88—90.

57. Souci A., Fachmann C., Kraut F. Food Composition and Nutrition Tables.— Stuttgart, 1989.
58. Toeller M. // *Intern. Welt*.— 1980.— Bd .— S. 99—106.
59. Truswell A. // *Amer. J. clin. Nutr.*— 1987.— Vol. 45.— P. 1060—1072.
60. Vinik A., Crapo A., Brink J. et al. // *Diabet. Care*.— 1987.— Vol. 10, N 1.— P. 126—132.
61. Wing R., Klein R., Moss S. // *Ibid.*— 1990.— Vol. 13, N 11.— P. 1106—1109.

Поступила 08.07.93

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1994

УДК 616.441-008.5-089.168.1-06

Е. М. Гоч, В. К. Кудряшов, П. А. Беляев

РЕЦИДИВЫ ЗОБА

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. В. К. Кудряшов) педиатрического факультета; кафедра хирургии (зав.— проф. П. А. Беляев) факультета усовершенствования врачей Саратовского медицинского института

Проблема рецидивов зоба до сих пор считается неразрешимой. Послеоперационные рецидивы зоба наблюдаются довольно часто — от 1,8 до 39 % [3—6, 12].

Острота проблемы рецидивного зоба заключается в том, что в настоящее время больных, страдающих этим заболеванием, можно отнести в группу «повышенного онкологического риска» в отношении рака щитовидной железы [6, 11]. Озлокачествление рецидивного зоба, по данным разных авторов [1, 5, 6, 14], наблюдается с частотой от 8,1 до 20 %. Малигнизация происходит «скрыто» без четких клинических симптомов рака щитовидной железы, и поэтому хирургическое вмешательство часто производится в стадии, которая не дает оптимальных результатов лечения.

Второй стороной проблемы являются технические особенности хирургического лечения рецидивного зоба. Последние обусловлены нарушениями анатомо-топографических отношений тканей, обширными рубцами и атипичностью расположения узла. В результате осложнения и летальность после повторных операций при зобе значительно превышают таковые после первичных вмешательств [3—5]. Поэтому одной из задач хирургии щитовидной железы является выяснение причин рецидива зоба и снижение его частоты.

С этой целью предлагаются различные методики первичной операции, прием тиреоидных гормонов в послеоперационном периоде и т. п. [2, 5, 6, 8, 14].

Причины, которые приводят к рецидиву зоба, разнообразны и зависят прежде всего от заболевания, по поводу которого больной оперирован первично (диффузный токсический зоб, узловой зоб, многоузловой, хронический аутоиммунный тиреоидит и т. п.). Во избежание рецидива зоба ряд хирургов предлагают более расширенные операции даже при узловом зобе [7, 13, 14]. Однако расширение объема операции при узловых формах зоба нередко приводит к развитию стойкого гипотиреоза.

Развитие рецидива зоба может быть обусловлено и внешними факторами — проживание в очаге эндемии, психотравмы, инфекция [3]. Наличие лимфодной инфильтрации в оставленной ткани щитовидной железы может также привести к развитию рецидива [5]. Особенно большое значение это может иметь у больных, оперированных по поводу хронического тиреоидита Хашимото. Склонностью к избыточной пролиферации, а также кистозно-узловой дегенерации в ткани, оставленной при первичной операции, объясняют развитие рецидива другие авторы [1]. В литературе существует понятие истинные и ложные рецидивы зоба [1]. Под ложными рецидивами подразумевают те рецидивы, которые возникают в течение 1 года и связаны они, как правило, с нерадикальностью первичной операции. Истинные рецидивы возникают в более поздние сроки, и причины их появления связаны не с объемом и радикальностью операции, а с другими факторами, указанными выше. Однако разделение рецидивов на истинные и ложные бывает иногда условно, так как рецидив возникает в ранние сроки, а больные обращаются и поступают в хирургический стационар через несколько лет.

Таким образом, среди множества причин, ведущих к развитию рецидива зоба, основной является нерадикальность первичной операции [1, 3, 5, 7, 12, 13].

Целью нашего исследования явилось изучение причин рецидива зоба в связи с различными формами зобной трансформации щитовидной железы и выполнением определенного объема операции.

В клинике факультетской хирургии педиатрического факультета Саратовского медицинского института за последние 5 лет оперировано 62 больных с рецидивом зоба, что составило 11,5 % по отношению к общему числу больных, оперированных по поводу различных заболеваний щитовидной железы. По нашим данным, у большинства больных констатированы ложные рецидивы, несмотря на то что повторные операции произведены в сроки от 6 мес до 20 лет. При детальном изучении анамнеза установлено, что рецидивы возникали в ранние сроки — от 6 мес до 3 лет. Позднее поступление в стационар объяснялось длительной, безуспешной попыткой консервативной терапии, проводимой эндокринологами при рецидиве зоба.

Подавляющее большинство больных — 55 (88,7 %), ранее были оперированы в других стационарах.

Все больные с рецидивом зоба были разделены на 4 группы: 1-я — с рецидивом диффузного токсического зоба; 2-я — с рецидивом узлового зоба; 3-я — с рецидивом многоузловой зоба; 4-я — с рецидивом хронического аутоиммунного тиреоидита.

Рецидив диффузного токсического зоба

С данным заболеванием в клинике находилось 19 больных. Из них 18 женщин. Сроки повторных операций от 1 года до 20 лет. Однако при изучении анамнеза у больных, оперированных в поздние сроки (более 3 лет), установлено, что рецидив тиреотоксикоза возник через 1—3 года после первичной операции, и больные в течение нескольких лет лечились консервативно и лишь при безуспешности консервативной терапии направлены в хирургический стационар. Характерной особенностью клинической картины являлось то, что рецидив зоба определялся в виде гиперплазированной ткани в различных отделах щитовидной железы (верхнем и нижних полюсах, сбоку от трахеи, пирамидальной доле). Клинически у всех больных была картина тиреотоксикоза, подтвержденная данными радиоизотопного исследования щитовидной железы и определением трийодтиронина (T_3) и тироксина (T_4) в крови. После проведения предоперационной подготовки все больные оперированы. При этом у 11 рецидив обнаружен в зоне верхних полюсов щитовидной железы, у 1 больной — в зоне нижнего полюса, у 2 больных в области пирамидальной доли, у 3 — сбоку от трахеи и, наконец, у 2 найдено несколько образований в проекции трахеи и верхнего полюса. Выявленные изменения позволяют высказать мысль о нерадикальности первичной операции, связанной в первую очередь с неправильным выполнением методики резекции щитовидной железы по Николаеву.

При диффузном токсическом зобе последнее сорокалетие операцией выбора является субтотальная резекция щитовидной железы с оставлением от 3 до 4 г ткани щитовидной железы сбоку от трахеи. Эта методика оправдала себя тем, что выделяя щитовидную железу мы оставляем ткань в зоне, где к щитовидной железе предлежат околощитовидные же-

лезы и проходит возвратный нерв. Это значительно снижает частоту послеоперационных осложнений.

Многие хирурги [9, 10, 12, 13] утверждают, что методика резекции щитовидной железы имеет первостепенное значение в профилактике ложного рецидива. Так, при субтотальной резекции щитовидной железы с оставлением участков тиреоидной паренхимы массой 3—4 г в проекции пищевода-трахеального пространства с обеих сторон можно практически не наблюдать ложных рецидивов. Можно с уверенностью сказать, что субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы является наиболее рациональной, так как после нее отмечается наименьшая частота (10,3 %) рецидивов.

Оставление ткани щитовидной железы у верхних полюсов влечет за собой рецидив, о чем говорят и наши данные (у большинства больных рецидив зоба наблюдался в проекции верхних полюсов). Подтверждают это и данные литературы [9, 12].

Несмотря на преимущество методики О. В. Николаева, все другие методы операций, производимых при диффузном токсическом зобе (методики Е. С. Драчинской, А. В. Мартынова и др.), имеют право существования при условии правильного их выполнения. В нашей клинике принята методика О. В. Николаева, дающая при правильном ее выполнении наименьшую частоту рецидивов и послеоперационных осложнений.

Рецидив узлового зоба

С этим заболеванием на лечении в клинике находилось 13 больных. Согласно имеющимся документам, ранее им была произведена резекция или субтотальная резекция одной из долей.

При обследовании рецидив узла у 9 больных диагностирован в противоположной доле, у 1 — в перешейке и у 3 — в той же доле, где узел находился и при первичной операции. Диагноз рецидива зоба был выявлен клинически, а затем подтвержден ультразвуковой диагностикой. В план обследования также были включены дооперационная пункционная биопсия и интраоперационное цитологическое исследование удаленного препарата.

При цитологическом исследовании у 2 больных обнаружен папиллярный рак щитовидной железы, у 1 — фолликулярный. Все больные оперированы. Объем операции: резекция доли, субтотальная резекция доли. При раке объем операции расширен до гемитиреоидэктомии с удалением перешейка.

Приводимые выше наблюдения позволяют сделать вывод о том, что причиной рецидива зоба в указанной группе, как правило, является отсутствие ревизии противоположной доли и перешейка при первичной операции. Объем операции, выполняемой при узловом зобе — экстрафасциальная резекция или субтотальная резекция доли, обязательно предусматривает тщательную ревизию противоположной доли, перешейка, а также оставшейся ткани щитовидной железы на стороне операции. С целью профилактики рецидива необходимо в дооперационном периоде обязательное обследование щитовидной железы с использованием наиболее информативных методов, в первую очередь ультразвукового исследования (УЗИ). От данных УЗИ, позволяющих детально исследовать структуру щитовидной железы, и будет зависеть объем предстоящей операции.

И все же несмотря на то что основной причиной рецидива узлового зоба является нерадикальность первичной операции, нельзя исключить и тот факт, что у ряда больных, оперированных по поводу узлового зоба, имеется склонность к избыточной пролиферации и кистозно-узловой дегенерации оставленной при первичной операции ткани. У 3 больных, оперированных в нашей клинике по поводу рецидива зоба, узлообразование обнаружено в оперированной доле, что может быть объяснено вышеизложенной причиной.

Рецидив многоузлового зоба

По поводу рецидива многоузлового зоба в клинике оперировано 12 больных. Все пациенты в возрасте от 26 до 64 лет. Ранее больные оперированы по поводу аналогичного заболевания. Рецидив узла диагностирован у 8 пациентов с локализацией в одной из долей щитовидной железы, а у 4 — в обеих долях. У одной больной при дооперационной пункционной биопсии обнаружен фолликулярный рак железы. Учитывая это, больной выполнена тиреоидэктомия. Остальным пациентам произведена субтотальная резекция щитовидной

железы с оставлением небольшого количества тканей сбоку от трахеи. Причиной рецидива у этой группы больных, как правило, являлась нерадикальность первичной операции. Особенностью многоузлового зоба, по данным литературы, является образование множества узлов, либо заполненных жидкостью, либо развивающихся по типу аденом, расположенных в обеих долях щитовидной железы. Нормальная ткань щитовидной железы остается в этих случаях обычно в виде атрофического слоя на узлах и у верхних полюсов долей [12, 13]. Поэтому при резекции щитовидной железы по поводу многоузлового зоба необходима тщательная ревизия оставшейся ткани, так как неудаленные мелкие, незамеченные узлы неизбежно ведут к рецидиву. Но при многоузловом зобе, так же как и при узловом, причиной рецидива может быть склонность к избыточной пролиферации и кистозно-узловой дегенерации. Для профилактики рецидива в этих случаях рекомендуется прием тиреоидных гормонов после операции.

Рецидив хронического аутоиммунного тиреоидита

Под наблюдением находилось 18 больных указанной группы. Первичные операции у 10 больных (согласно выписанным документам) были произведены по поводу хронического аутоиммунного тиреоидита, подтвержденного до операции клинически и данными цитологического исследования. Показанием к операции явились узловые формы тиреоидита Хашимото (7 больных) и диффузные формы III—IV степени увеличения с признаками сдавления органов шеи. Им была произведена экономная резекция щитовидной железы. Из 18 больных 8 были оперированы по поводу предполагаемого диффузного токсического зоба. Больным выполнена субтотальная субфасциальная резекция железы. Диагноз хронического аутоиммунного тиреоидита поставлен только после планового гистологического исследования.

В литературе до сих пор идет дискуссия по вопросу об объеме операции при аутоиммунном тиреоидите. Ряд хирургов стоят на позиции экономной клиновидной резекции щитовидной железы при обычной форме хронического тиреоидита [2]. Большинство отстаивают тактику предельно субтотальных резекций, так как экономные операции при болезни Хашимото чреваты частыми рецидивами, а наличие лимфоидной инфильтрации в оставленной ткани щитовидной железы может привести к развитию рецидива [5, 8]. Оперативное лечение при этом должно сочетаться с лечением тиреоидными гормонами в послеоперационном периоде.

При изучении причин рецидива у этой группы больных мы обратили внимание, что рецидив возникает в ранние сроки: от 4 мес до 1,5 лет. Также отмечено, что ни один больной после операции не получал тиреоидные препараты, так как признаков гипотиреоза у них не отмечено.

Рецидив в виде одиночного узла отмечен у 15 человек. У 3 больных констатирован двусторонний рецидив.

После проведенного обследования, включающего ультразвуковую диагностику и пункционную биопсию, которые подтвердили наличие рецидива хронического тиреоидита Хашимото, всем больным назначена консервативная терапия (тиреонин в сочетании с преднизолоном). При этом у 12 больных получен положительный эффект. 6 больным в связи с неэффективностью консервативной терапии, проводимой не менее 6 мес, выполнена операция. У 2 больных при интраоперационном цитологическом исследовании диагностирован рак щитовидной железы. Им произведена тиреоидэктомия. Остальным произведена субтотальная резекция щитовидной железы. Всем больным после операции назначен тиреоидин в дозе от 0,05 до 0,3 г в зависимости от объема операции и содержания в крови T_4 и T_3 .

Таким образом, причинами рецидива хронического аутоиммунного тиреоидита, как правило, являются экономные первичные операции и отсутствие терапии тиреоидными гормонами в послеоперационном периоде.

В заключение следует еще раз отметить онкологическую проблему рецидивов зоба. Из 62 больных, оперированных по поводу рецидивов зоба, у 7 (11,2 %) констатирован рак щитовидной железы.

Выводы

1. Больные с рецидивом зоба составляют одну из групп «повышенного риска» в отношении рака щитовидной железы. Они, как правило, подлежат повторному хирургическому лечению.

2. Причиной рецидива диффузного токсического зоба является неправильное выполнение методики субтотальной

резекции щитовидной железы, в частности, методики О. В. Николаева, дающей наименьшее число рецидивов.

3. Рецидив узлового и многоузлового зоба связан, как правило, с оставлением мелких узлов в противоположной доле или остающейся части оперированной доли.

4. Причинами рецидивирования хронического тиреоидита Хашимото являются экономные первичные операции и отсутствие терапии тиреоидными гормонами в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов Ф. А. // Хирургия. — 1961. — № 5. — С. 88—93.
2. Анохин Б. М. Современная диагностика и хирургическое лечение хронического аутоиммунного тиреоидита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1980.
3. Волох Ю. А., Пак В. П., Турбаев Д. К. // Здравоохр. Казахстана. — 1987. — № 2. — С. 26—28.
4. Джаубаев М. О., Ионов П. М. // Хирургия. — 1989. — № 6. — С. 123—124.
5. Калайда Л. П., Выродов Н. С. // Там же — 1988. — № 4. — С. 94—97.

6. Камардин Л. Н., Пономарев А. М. // Вопросы хирургической патологии щитовидной железы. — Л., 1980. — С. 125—130.
7. Кривицкий Д. И., Погорелов А. В. // Клин. хир. — 1989. — № 2. — С. 1—3.
8. Набоков М. А. Тиреоидит Риделя и болезнь Хашимото / Патоморфология, клиника, диагностика, лечение / и их отношение к злокачественным заболеваниям щитовидной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1967.
9. Нарычев А. А. Токсический зоб. — М., 1971.
10. Николаев О. В., Керцман В. И., Казеев К. И., Базарова Э. И. // Хирургия — 1973. — № 11. — С. 100—103.
11. Павловский М. П., Рудницкая А. Ю., Макар Р. Д., Вовк В. И. // Там же — 1989. — № 5. — С. 22—25.
12. Петровский Б. В., Семенов В. С. Клиника и лечение тиреотоксического зоба. — М., 1961.
13. Прокопенко И. Е., Головки И. Г., Горелик О. Б. // Клин. хир. — 1987. — № 12. — С. 46—47.
14. Черенько М. П., Федерико А. И., Игнатовский Ю. В., Черенько С. М. // Там же — 1988. — № 5. — С. 25—27.

Поступила 26.03.93

◆ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ САМОКОНТРОЛЯ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

© И. В. ТЕРЕЩЕНКО, 1994

УДК 616.1:616.432-053.7-037(048.8)

И. В. Терещенко

РОЛЬ СЕМЬИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПУБЕРТАТНО-ЮНОШЕСКИМ ДИСПИТУИТАРИЗМОМ

Пермский медицинский институт

Пубертатно-юношеский (гипоталамический) диспитуитаризм (ПЮД) — заболевание подросткового и юношеского возраста, обязательными факторами патогенеза которого являются поражение межучасточного мозга и гипоталамо-гипофизарно-эндокринная дисрегуляция: гиперкортицизм, гиперальдостеронизм, гиперинсулинизм, колебания секреции соматотропина, тиреотропина, нарушение продукции гонадотропинов. ПЮД — хроническое заболевание с длительным, иногда пожизненным течением. Его прогноз в первую очередь определяется правильностью и регулярностью лечения, что во многом зависит от информированности родителей о клинике, диагностике, терапии, возможных исходах ПЮД. Из-за особенностей подростковой психологии больные нередко не желают лечиться, считая себя здоровыми (это очень характерно для мальчиков), или не обращаются за медицинской помощью в связи с выраженным астено-депрессивным состоянием, что в большей степени свойственно девочкам.

Наш многолетний опыт показывает, что особенно позднее обращение больных бывает в тех случаях, когда в семье имеются тучные родственники и ожирение подростков не вызывает серьезной тревоги у близких. Очень важно шире проводить санитарное просвещение населения по вопросам ПЮД. Грубой врачебной ошибкой следует считать нередко встречающийся факт, когда врач отказывает больному ПЮД в лечении, мотивируя: «Так пройдет». Действительно, по степени тяжести ПЮД бывает легким, средней тяжести, тяжелым. Однако следует помнить, что любые стрессовые ситуации, инфекции, черепно-мозговые травмы и т. д. способны изменить субклиническое течение заболевания в неблагоприятную сторону, что необходимо объяснить больному и родителям; и наоборот, даже тяжелые формы ПЮД, когда у больного ожирение IV степени, может закончиться полным выздоровлением при правильном систематическом лечении.

Работу с больным следует начать прежде всего с разъяснения, что ПЮД протекает с фазами обострения и ремиссии. Первоочередная задача — устранить обострение и предупредить его рецидив. На период обострения назначается строгая субкалорийная диета. Целесообразно постепен-

но приучать больного подростка к субкалорийной диете, соответствующей возрасту и степени ожирения, чтобы ограничение в еде, которое формирует депрессивный фон настроения пациента, не было слишком тягостно для больного, страдающего булимией и полифагией. В семье должны создаться условия для 5-разового приема пищи подростком: калорийность завтрака должна составлять 30 % суточной калорийности, второго завтрака — 15 %, обеда — 35 %, полдника — 10 % и ужина 10 %. На период такого рациона в семье не должны готовиться мучные, сладкие блюда, употребляться кондитерские изделия. Если больному ПЮД требуется временно полностью из рациона исключить хлеб, то члены семьи тоже не должны его употреблять, по крайней мере в присутствии подростка. При избыточной массе тела у других родственников целесообразно всем соблюдать субкалорийную диету, при этом поддерживать дух соревнования, кто быстрее и в большей степени снизит массу тела. Психологически особенно важна «опека» со стороны подростка над родственниками, чтобы те не нарушали диету. Также целесообразно коллективно проводить разгрузочные дни: творожные, кефирные, молочные, мясо-овощные, рыбо-овощные. Применение фруктовых разгрузочных дней недопустимо из-за небольшого количества в фруктах легкоусвояемых углеводов. Разгрузочные дни во избежание усиления слабости лучше проводить в выходные дни. Если разгрузочные дни не дают ощутимого уменьшения массы тела, то от них следует отказаться. Всем больным ПЮД, независимо от уровня артериального давления (АД), необходимо ограничить в рационе потребление поваренной соли. При наступлении ремиссии ПЮД рацион больного постепенно расширяется. Очень хорошо, если у подростка имеются весы, и они регулярно контролируют массу тела. Самолечение голоданием, что часто практикуют больные ПЮД (кстати, с одобрения родителей), недопустимо: спровоцирует обострение процесса.

Обязательным условием успешного лечения ПЮД является повышение физической активности больного. Рекомендуются утренний зарядка, ходьба, туризм, катание на лыжах, коньках, велосипеде, плавание и т. д. (целесообразно совместно с родителями: тучный подросток обычно одинок и избе-