

О.А. Товкай, О.С. Ларін, С.М. Черенько

МОЖЛИВІСТЬ КОМПЕНСАЦІЇ ГІПОТИРЕОЗУ ШЛЯХОМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ФРАГМЕНТІВ ТИРЕОЇДНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ ІЗ БАГАТОВУЗЛОВИМ ЗОБОМ ПІСЛЯ ТИРЕОІДЕКТОМІЇ

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

ВСТУП

Визначальною тенденцією у хірургічному лікуванні багатовузлового зоба (БВЗ) у різних країнах світу останніми роками є збільшення радикалізму операцій, який передбачає переважне виконання тиреоїдектомії через високий ризик поопераційних рецидивів зоба після резекцій часток щитоподібної залози (ЩЗ) [1-5]. Відомо, що тиреоїдектомії та субтотальні резекції ЩЗ супроводжуються розвитком важкого поопераційного гіпотиреозу у переважній більшості випадків. Для компенсації втраченої тиреоїдної функції зазвичай використовують препарати синтетичних тиреоїдних гормонів, які у певної частки пацієнтів не забезпечують стабільного еутиреозу [6].

Перспективним для профілактики поопераційного гіпотиреозу серед пацієнтів із БВЗ ми вважаємо розроблений нами простий метод короткотермінового зберігання тиреоїдної паренхіми протягом 5-7 діб по операції для вільної аутоотрансплантації останньої одразу після отримання сприятливого гістологічного висновку.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Частка хворих із клінічним діагнозом "багатовузловий двобічний зоб, еутиреоїдна форма" серед пацієнтів, прооперованих на щитоподібній залозі у хірургічній клініці УНПЦХТЕОТ з 1999 по 2006 рр., склала 37% (2284 особи), а осіб з однобічним вузловим і багатовузловим зобом — лише 18%. Це вказує на виняткову актуальність зазначеної проблеми.

Протягом 2002-2006 рр. аутоотрансплантацію фрагментів тиреоїдної тканини у ранній поопераційний період виконано 57 хворим на БВЗ, для яких обсяг операції дорівнював тиреоїдектомії. Препаровану під час первинної операції позавузову макроскопічно здорову тиреоїдну тканину подрібнювали на пластинки 5 x 5 x 2 мм і піддавали кріоконсервації у 10% розчині димексиду на сироватці хворого та середовищі Хенкса за температури -14 °С протягом 4-8 діб (до моменту отримання позитивного патогістологічного висновку). За відсутності осередків малігнізації та вираженої лім-

фоїдної інфільтрації тиреоїдної паренхіми аутоотрансплантат вагою 4-8 г підсаджували після деконсервації та відмивання у прямий м'яз живота (у декілька окремих "кишень"). Середній вік пацієнтів складав 41±7 років (від 23 до 67 років).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Протягом перших 3 місяців по операції пацієнти отримували неповну (для стимуляції регенерації трансплантату) замісну терапію L-тироксинам у дозі 0,9-1,0 мкг/кг/добу та калію йодидом (100 мкг на добу). Клінічні симптоми були типовими для легкого та середнього ступеня гіпотиреозу. Починаючи з 4-го місяця по операції з огляду на клінічну картину та результати лабораторних досліджень 26 пацієнтам збільшили добову дозу тироксину до 1,2-1,4 мкг/кг/добу, решта 31 (54 %) продовжували приймати L-тироксин у незмінній дозі. Згодом, через 4-6 місяців, цим пацієнтам поступово знижували дозу тироксину до повної його відміни, продовжуючи препарати калію йодиду 100 мкг/добу. З 26 хворих, яким збільшували дозу L-тироксину, у 21 (37%) вдалося знизити її до початкової, а 5 (9%) продовжували отримувати повну замісну терапію. З них лише в 1 (1,8%) хворого не вдалося компенсувати гіпотиреоз ані клінічно, ані лабораторно попри збільшення дози тироксину до 3,2 мкг/кг/добу у зв'язку з виникненням ускладнень з боку серцево-судинної системи (рис.).

Отже, природні, синтезовані аутоотрансплантатом гормони, незалежно від того, чи цілком вони компенсують потребу у тиреоїдних гормонах, чи частково (з додаванням екзогенного тироксину), суттєво ефективніше компенсують втрачену тиреоїдну функцію.

ВИСНОВКИ

1. З метою профілактики піоопераційного гіпотиреозу або зменшення його вираженості у хворих після тиреоїдектомії з приводу багатовузлового зоба доцільно виконувати вільну аутоотрансплантацію тиреоїдної паренхіми у ранній поопераційний період після короткотермівової кріоконсервації за розробленою технологією.

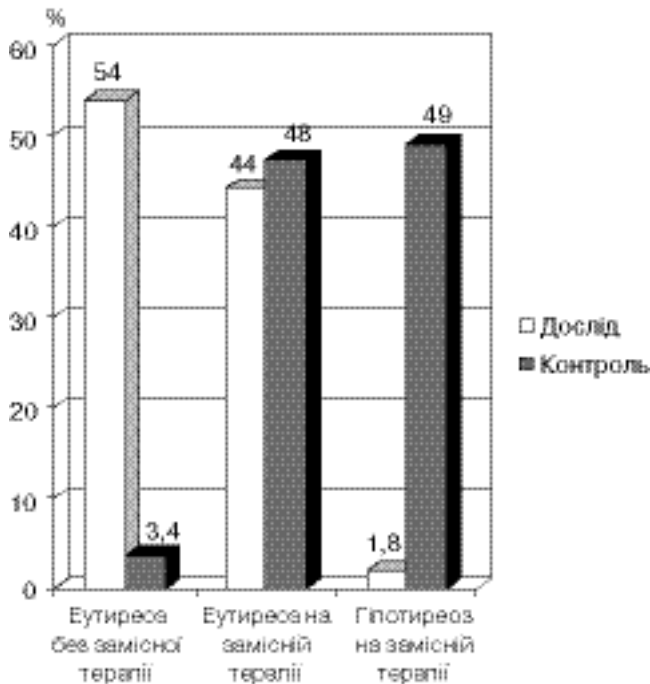


Рис. Відносна кількість пацієнтів з еутиреїдним станом у дослідній і контрольній групах ($p < 0,05$).

2. У понад половини пацієнтів, оперованих з приводу БВЗ в обсязі тиреоїдектомії за наведеною вище методикою, можливо досягти фізіологічного еутиреозу або поліпшити компенсацію гіпотиреозу та пом'якшити його перебіг.

ЛІТЕРАТУРА

1. Павловський М.П., Коломійцев В.І., Сироїд О.М. Тиреоїдектомія в лікуванні пацієнтів із доброякісними захворюваннями щитоподібної залози // Львівський медичний часопис. — 2005. — Т. 11, № 4. — С. 116-120.
2. Ларін О.С., Черенько С.М., Журбицька Г.О. Корекція тактики хірургічного та консервативного лікування багатовузлового зоба на тлі йод-дефіциту // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2002. — № 1 (1). — С. 76-79.
3. Delbridge L., Guinea I., Reeve T.S. Total thyroidectomy for bilateral benign multinodular goiter: effect of changing practice // Arch. Surg. — 1999. — Vol. 134, N 2. — P. 1389-1393.
4. Беллантоне Р. Традиційні та відео-ендоскопічно контрольовані операції на щитоподібній залозі в лікуванні вузлового зоба // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2003. — № 1 (2). — С. 76-77.

5. Анрі Ж.Ф. Вузловий зоб: Сучасні підходи до діагностики та лікування у Франції // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2003. — № 1 (2). — С. 80-81.
6. Караченцев Ю.І. До питання сучасної тактики лікування вузлового та багатовузлового зоба // Ендокринологія. — 1999. — Т. 4, № 1. — С. 115-119.

РЕЗЮМЕ

Возможность компенсации гипотиреоза методом аутоотрансплантации фрагментов тиреоидной ткани у больных с многоузловым зобом после тиреоидэктомии

А.А. Товкай, А.С. Ларин, С.М. Черенько

Перспективным путем профилактики послеоперационного гипотиреоза среди пациентов с многоузловым зобом (МУЗ) мы считаем разработанный простой метод краткосрочного хранения тиреоидной паренхимы на протяжении 5-7 суток после операции для свободной аутоотрансплантации сразу после получения благоприятного гистологического заключения. На протяжении 2002-2006 гг. аутоотрансплантация фрагментов тиреоидной ткани в ранний послеоперационный период была выполнена у 57 больных с МУЗ после тиреоидэктомии. Естественные, синтезированные аутоотрансплантатом гормоны, независимо от того, полностью они компенсируют потребность в тиреоидных гормонах или частично с дополнением экзогенного тироксина, существенно эффективнее компенсируют утраченную тиреоидную функцию.

Ключевые слова: многоузовой зоб, аутоотрансплантация, гипотиреоз.

SUMMARY

Possibility of hypothyroidism compensation by the method of autotransplantation of thyroid tissue fragments in the patients with multinodular goiter after thyroidectomy

O. Tovkay, O. Larin, S. Cherenko

We propose the simple method of short-term preservation of thyroid tissue during 5-7 days after an operation for its free autotransplantation immediately after favourable pathological report as a perspective preventive way of postoperative hypothyroidism for patients with multinodular goiter. During 2002-2006 years the auto-transplantation of thyroid tissue fragment in the early postoperative period was executed in 57 patients with multinodular goiter. In this case a volume of operation amounted to thyroidectomy. Natural hormones which were synthesized by the autotransplantat compensate significantly and more effective the failed thyroid function regardless of body requirements in exogenic thyroxine.

Key words: multinodular goiter, autotransplantation, hypothyroidism.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.