

УДК 616.441-008.63

Умоталиев Д.А.

*Кафедра факультетской и госпитальной хирургии-1
Андижанский Государственный медицинский институт*

**ОЦЕНКА ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**

Резюме: В данной статье приводятся материалы по тактике послеоперационного ведения больных с диффузно-токсическим и эндемическим видам зоба. В основу положены наблюдение за 32 больными с данной патологией, которые были оперированы в условиях стационара в хирургической клинике кафедры факультетской и госпитальной хирургии АГМИ за период с 2022 по 2024гг. Послеоперационное лечение включало в себя назначение заместительной терапии и постоянное наблюдение за состоянием больных.

Ключевые слова: тиреоидэктомия, зоб, диффузно+токсический зоб, эндемический зоб.

Umotaliev D.A.

*Department of Faculty and Hospital Surgery-1
Andijan State Medical Institute*

**ASSESSMENT OF THE PATHOPHYSIOLOGICAL
SIGNIFICANCE OF SURGICAL PRACTICE IN THE COMPLEX
TREATMENT OF RECURRENT THYROTOXIC GOITER**

Resume: This article provides materials on the tactics of postoperative management of patients with diffuse-toxic and endemic types of goiter. The observation is based on 32 patients with this pathology who were operated on in a hospital in the surgical clinic of the department of faculty and hospital surgery

ASMI for the period from 2022 to 2024 Postoperative treatment included the appointment of substitution therapy and constant monitoring of the patients.

Key words: thyroidectomy, goiter, diffuse + toxic goiter, endemic goiter.

Актуальность работы. Большинство наиболее авторитетных исследователей в области тиреологии сходятся во мнении о том, что идеальное лечение при диффузном токсическом зобе (ДТЗ) должно обеспечивать быстрое устранение клинических симптомов тиреотоксикоза и сопровождаться минимальным риском осложнений для больного [1, 2, 7].

К сожалению, в настоящее время клиническая практика не располагает методом лечения, в полной мере отвечающим этим требованиям. Выбор метода лечения при ДТЗ во многом определяется приверженностью специалистов и их опытом в применении того или иного метода лечения, особенностями национальных эндокринологических и хирургических школ, возможностями конкретного лечебного учреждения, в также полом, возрастом больного, вариантами клинического течения заболевания, пожеланиями пациента и рядом других факторов. Можно отметить, что рекомендации, даваемые специалистами в Европе, США и Японии, различны. Консервативная терапия антитиреоидными препаратами достаточно широко распространена в странах Европы, однако низкая частота достижения стойкой ремиссии заболевания не удовлетворяет эндокринологов [1,5]. Терапия радиоактивным йодом, широко используемая в США и странах Западной Европы, являющаяся достаточно эффективным методом лечения ДТЗ, приводит с течением времени к развитию гипотиреоза практически у всех больных [10], также необходимо учитывать риск развития рака щитовидной железы, молочных желез, бесплодия и тяжелого остеопороза у женщин в пременопаузальном периоде [8].

Хирургическое лечение занимает значительное место в терапии ДТЗ, обеспечивая пациенту наиболее быстрое достижение эутиреоидного состояния, однако, как любое оперативное вмешательство, сопровождается рядом характерных осложнений [2,6]. Тем не менее в Японии тиреоидэктомия считается основным методом лечения ДТЗ.

Проблемы, связанные с заболеваниями щитовидной железы, приобретают в настоящее время все большую актуальность, несмотря на наличие большого арсенала лечебно-диагностических мероприятий[4].

Немалое число больных с различными формами заболевания поступают в хирургические стационары нередко поздних их стадиях, при которых консервативная терапия уже не может иметь положительного эффекта[7].

При этом особого внимания заслуживает проблема лечения диффузно-токсического и многоузлового токсического зоба, при которых одним из радикальных методов является оперативный. Ввиду наличия осложнений при этом заболевании нередко приходится прибегать к тотальной тиреоидэктомии, после проведения которой назначается обязательная заместительная терапия[6].

Выбор оптимального способа заместительной терапии зависит от многих причин, при нарушении которой могут возникнуть различные патологические проявления, связанные с гормональной перестройкой[5].

Цель работы: разработка оптимальной схемы использования заместительной терапии после перенесенной тотальной тиреоидэктомии по поводу диффузно-токсического и многоузлового токсического зоба.

Материал и методы. За период с 2022 по 2024гг на кафедре факультетской и госпитальной хирургии, АГМИ исследовано 32 больных с диффузно-токсическим и многоузловым зобом, которым проведена тотальная тиреоидэктомия.

Возраст больных варьировал от 27 до 53 лет, из них 6 мужчин и 26 женщин. У 24 пациентов диагностирован многоузловой, у 8 – токсический зоб. В дооперационном периоде больные лечились в эндокринологическом диспансере по поводу тиреотоксикоза, и после нормализации состояния (эутиреоза) направлялись для оперативного лечения. Больным с многоузловым токсическим зобом в дооперационном периоде была проведена пункционная биопсия с цитологическим исследованием, в целях дифференциальной диагностики с опухолями.

Результаты. Из ранних послеоперационных осложнений у 5 больных наблюдался транзиторный гипопаратиреоз, причем у 4 из них на фоне применения препаратов кальция и витамина Д эти признаки полностью регрессировали. Один же больной ввиду малоэффективности консервативного лечения был направлен в республиканский научный центр эндокринологии, откуда затем по улучшению состояния был направлен под наблюдение эндокринолога по месту жительства.

Гипотиреоз наблюдался у всех больных. Целью назначения заместительной терапии является подавление клинических признаков гипотиреоза и поддержание нормального уровня ТТГ в крови. Терапия назначалась в зависимости от возраста, веса больных, наличия или отсутствия сердечно-сосудистых заболеваний. Лицам до 55 лет, не имеющих патологию стороны сердечно-сосудистой системы назначался левотироксин натрия в дозе 1,6-1,8 мг/кг в сутки. Лицам старше 55 лет с имеющейся сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы – в дозе по 12.5-25мкг (0.9мкг/кг) в сутки, и под контролем ТТГ в крови каждые 2 месяца доза препарата увеличивается до 25мкг/сут. В течении последующего полугодия больным раз в месяц рекомендуется проходить динамический контроль уровня ТТГ, Т3, Т4 в крови.

Вывод. Выбор дозы препарата для заместительной терапии после перенесенной тиреоидэктомии зависит от пола, возраста, веса больного, а

также наличия сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы;

При возникновении клинических признаков гипотиреоза лицам старше 55 лет необходимо увеличивать дозу назначаемого препарата до 25мкг/сут каждые 2 месяца;

Назначение заместительной терапии является обязательным компонентом в послеоперационном лечении диффузно-токсического и многоузлового токсического зоба и проводится под строгим наблюдением эндохирурга и эндокринолога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абалмасов, В.Т. Опыт использования магнитно - резонансной томографии в диагностике патологии щитовидной железы / В.Т. Абалмасов, Т.Д. Семенова, С.В. Мошнегуц // Визуализация в клинике. - 2000.-№ 7.-С. 5-7.
2. Белобородов, В.А. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы: метод, рекомендации / В.А. Белобородов, В.Г. Мясников. Иркутск, 2000.-37 с.
3. Ветшев, П.С. О показаниях к хирургическому лечению диффузного токсического зоба / П.С. Ветшев, М.И. Балаболкин, Н.А. Петунина //Хирургия. 2000. - № 8. - С. 4-7. - Библиогр.: 18 назв.
4. Кононенко, С.Н. Диагностика, показания и результаты хирургического лечения узловых образований щитовидной железы: автореф. дис. . д-ра мед. наук / С.Н. Кононенко. М., 2000. - 34 с.
5. Шулутко, А.М. Причины и профилактика узлового зоба / А.М. Шулутко, Н.А. Иванова, В.И. Семиков // Современные аспекты хирургической эндокринологии. Челябинск, 2000. - С. 479-482.
6. Hebenstreit, H. Wandel der chirurgischen Therapie bei benignen Schilddruseerkrankungen Einflu? der chirurgischen Taktik auf perioperative Komplikationen / H. Hebenstreit, H. Papadi, G. Konrad // Acta med. Aust. - 2000. —Bd.27,N2.-S. 45-48.
7. Pappalardo, G. Total kompared with subtotal thyroidectomy in benign nodular disease: personal series and review of published reports Review. / G. Pappalardo, A. Guadalaxara, F.M. Frattaroli //Europ. Journ. of Surg. -1998. - Vol.164,N7. P 501-506.