

Умоталиев Дилшод Алиевич

Кафедра факультет госпитальной и хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И
ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**

Резюме: Представлен статьи, демонстрирующий современные аспекты хирургического лечения диффузного токсического зоба. Учитывая высокую распространенность доброкачественных заболеваний щитовидной железы, в том числе среди работоспособного населения, актуальным является вопрос о выборе эффективного метода лечения диффузного токсического зоба.

Ключевая слова: тиреотоксикоз; диффузный токсический зоб; тиреоидэктомия; хирургическое лечение; осложнения тиреоидэктомии; послеоперационный гипотиреоз; послеоперационный парез гортани; послеоперационный гипопаратиреоз; гемостаз при тиреоидэктомии.

Umotaliev Dilshod Alievich

Department Faculty of Hospital and Surgery

Andijan State Medical Institute

**PATHOPHYSIOLOGICAL SIGNIFICANCE OF DIAGNOSTICS
AND SURGICAL INTERVENTION IN THE COMPLEX TREATMENT OF
RECURRENT THYROTOXIC GOITER**

Resume: An article demonstrating modern aspects of surgical treatment of diffuse toxic goiter is presented. Given the high prevalence of benign thyroid diseases, including among the able-bodied population, the question of choosing an effective method of treatment for diffuse toxic goiter is relevant.

Keywords: thyrotoxicosis; diffuse toxic goiter; thyroidectomy; surgical treatment; complications of thyroidectomy; postoperative hypothyroidism;

postoperative laryngeal paresis; postoperative hypoparathyresis; hemostasis during thyroidectomy.

Введение. 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 [3,5,9]. 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 [1,4,7].

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 [2,8], также необходимо учитывать риск развития рака щитовидной железы, молочных желез, бесплодия и тяжелого остеопороза у женщин в пременопаузальном периоде [4,6,9]. Хирургическое лечение занимает значительное место в терапии ДТЗ, обеспечивая пациенту наиболее быстрое достижение эутиреоидного состояния, однако, как любое оперативное вмешательство, сопровождается рядом характерных

осложнений [3,6]. Тем не менее в Японии тиреоидэктомия считается основным методом лечения ДТЗ.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения больных диффузным токсическим зобом путём создания системы, включающей современную предоперационную подготовку, модифицированную/тактику оперативного вмешательства и коррекцию послеоперационных функциональных нарушений.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи мы отобрали в общей сложности 56 пациентов с рецидивирующим тиреотоксикозом и провели у них обследования

Результаты исследования. Отдаленные результаты хирургического лечения диффузного токсического зоба в регионе зобной эндемии показывают, у 30,1% больных выявлен гипотиреоз, у 7,9% - рецидив тиреотоксикоза и у 62%- эутиреоз в сроки от 1 до 10 и свыше лет после операции. Исходы хирургического лечения зависят от качественной предоперационной подготовки, индивидуального подхода к выбору объёма оперативного пособия и дифференцированного восстановительного лечения в отдалённом послеоперационном периоде.

Медикаментозные методы предоперационной подготовки больных диффузным токсическим зобом в 7,2% наблюдений не позволяют устранить тиреотоксикоз, из-за развития лекарственных осложнений и рефрактерности к тиреостатическим препаратам. Введение в предоперационную подготовку методов эфферентной, квантовой терапии, современных антиоксидантов и энтеросорбентов позволяет достигнуть состояния клинического эутиреоза и сократить продолжительность на $4,5 \pm 1,2$ к/дня.

Интраоперационное ИК-фотозондирование с прицельной пункционной биопсией в 97,5% наблюдений даёт возможность оперативно, с минимальными экономическими затратами оценить характер и распространённость патологического процесса в щитовидной железе и выбрать адекватный объём оперативного пособия.

Использование плазменного аргонового коагулятора во время операции создаёт надёжный гемостаз, минимальное повреждение окружающих тканей, сокращает продолжительность операции на 24,3%.

Включение ВЛОК в комплексную терапию послеоперационного гипотиреоза позволяет достигнуть состояния клинического эутиреоза у 76% больных при использовании малых доз тиреоидных гормонов. ВЛОК оказывает временный, благоприятный клинический эффект. Для стабилизации положительного эффекта лазерного воздействия необходимо проводить повторные курсы лечения через 3-6 месяцев.

Этаноловая деструкция "тиреоидных остатков" под ультразвуковым контролем позволяет достигнуть ремиссии тиреотоксикоза у 65,2% больных при рецидиве заболевания и избежать повторных операций у лиц с высоким операционным риском.

Комплексная терапия послеоперационных парезов гортани, включающая медикаментозное лечение, ЛФК, коррекционно-педагогическое воздействие и психологическую разгрузку, позволяет повысить её эффективность, сократить сроки лечения и приводит к трудовой и социальной реабилитации 87,5% больных.

После операций больные должны находиться под наблюдением эндокринолога и хирурга. Обследования необходимо проводить через 3, 6, 12 месяцев в течение первого года после операции, в дальнейшем - 2 раза в год, что позволит своевременно диагностировать функциональные нарушения и вносить коррекции в лечение, улучшить качество жизни больных.

Вывод. Эффективные концентрации D- и L-изомеров тироксина аналогичны таковым стероидных гормонов, дающих подобный антиоксидантный эффект, и составляют 10-5 М.

В физиологической концентрации 10^{-6} М обе формы гормона оказывают антиоксидантное действие в субклеточных фракциях коры головного мозга крыс независимо от наличия биологической активности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Безруков О.Ф. Операции на щитовидной железе: задачи и нерешённые проблемы // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2015. №1. С.74-75.
2. Гудиева М.Б., Дора С.В., Красильникова Е.И., Седов В.М., Волкова А.Р. Отдаленные результаты оперативного лечения больных диффузным токсическим зобом // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. 2013. №3. С.53-57.
- 3.Фадеев В.В. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза // Медицинский совет. 2013.№4. С.76-81.
4. Шулуток А.М. Семиков В.И., Грязнов С.Е. и др. Риск гипопаратиреоза после операций на щитовидной железе // Хирургия. 2015. №11. С.35-40.
5. Bartalena L., Burch H.B., Burman K.D., et al. A 2013 European survey of clinical practice patterns in the management of Graves' disease // Clin Endocrinol (Oxf). 2016. Vol. 84. P.115-120.
6. Mok V.M., Oltmann S.C., Chen H., et al. Identifying predictors of a difficult thyroidectomy // J Surg Res. 2014. Vol. 190. P.157-163.
7. Ross D.S., Burch H.B., Cooper D.S., et al. American thyroid association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis // Thyroid. 2016. Vol. 26. P.1343-1421.
8. Schneider D.F., Mazeh H., Oltmann S.C., et al. Novel thyroidectomy difficulty scale correlates with operative times // World J Surg. 2014. Vol. 38. P.1984-1989.
9. Taylor P.N., et al. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism // Nat. Rev. Endocrinol. 2018. Vol. 14. P.301-316.