

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕЦИДИВА ТИРЕОТОКСИКОЗА ПРИ ДИФФУЗНО - ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

А.С. БАБАЖАНОВ, А.И. АХМЕДОВ, Ш.Ш. НАРЗУЛЛАЕВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республики Узбекистан, г. Самарканд

ДИФФУЗ ТОКСИК БУҚОҚДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ РЕЦИДИВ ТИРЕОТОКСИКОЗ ПРОФИЛАКТИКАСИ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.И. АХМЕДОВ, Ш.Ш. НАРЗУЛЛАЕВ

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

PREVENTION OF POSTOPERATIVE RECURRENCE OF THYROTOXICOSIS IN DIFFUSE TOXIC GOITER

A.S. BABAJANOV, A.I. AKHMEDOV, SH.SH. NARZULLAEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Токсик шаклдаги бўқоқ билан озриган беморлар барчасида оператив даволаш амалга оширилди. Токсик бўқоқда хирургик аралашувнинг ҳажми безнинг тугунли жараён билан эгаланганли ва характерига қараб белгиланди. Кўпчилик ҳолатларда қалқонсимон безнинг икала бўлагида субтотал субфасцил резекция максимал ўзгармаган без тўқимаси чегарасида қолдик тиреоид тўқима ҳажмини Дж.Брунн усулида аниқлаб бажарилди. Қўлланилган усулдаги резекция ва қолдирилган тиреоид тўқима ҳажмини аниқлаш 87(77,68%) токсик бўқоқ билан озриган беморларда операциядан кейинги гипотиреоз ривожланишини камайтирди. 1 йилдан 3 йилгача текширилган беморларда операциядан кейинги гипотиреоз ва тиреотоксикоз рецидиви ушбу беморларда кузатилмади.

Калит сузлар: Диффуз токсик бўқоқ, қолдик тиреоид тўқима, гипотиреоз.

Surgical treatment was performed in all patients with toxic forms of goiter. The extent of surgical intervention for toxic goiter is determined by the nature and extent of damage to the gland nodular process. In most cases, subtotal subfascial resection of both thyroid lobes was performed with the maximum remaining visually unchanged gland tissue with measurement of residual thyroid tissue by the method of J. Burunn. The used method of resection and determination of the volume of the left portion of the thyroid gland in 87 (77.68%) patients with the toxic form of goiter allowed reducing the incidence of postoperative hypothyroidism. When examining patients for 1 year and 3 years, postoperative hypothyroidism and recurrence of thyrotoxicosis in individuals was not observed.

Keywords: Diffuse toxic goiter, thyroid remnant, hypothyroidism.

Диффузный токсический зоб (ДТЗ)-одно из наиболее распространенных заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), являющееся причиной 80-90% случаев синдрома тиреотоксикоза. По данным разных авторов ДТЗ встречается у 0,3-1,5% населения [6,8,13] ежегодно регистрируемый рост заболеваемости и преобладание среди пациентов лиц молодого возраста, придают проблеме особое социальное значение. Оперативное лечение диффузно-токсического зоба остается актуальной проблемой хирургии. Принято считать, что объем оставляемой тиреоидной ткани является одним из важнейших факторов, который контролируется хирургом [1,7,14]

Тем не менее, операция далеко не всегда позволяет восстановить эутиреоидное состояние больного. В те или иные сроки после операционного вмешательства, развивается гипотиреоз или возникает рецидив тиреотоксикоза.

По данным различных авторов [3,4], частота послеоперационного гипотиреоза колеблется от 5 до 80%, а рецидив диффузно-токсического зоба развивается приблизительно у 15-20% проперированных больных. Согласно общепринятому

мнению большинству пациентов показана субтотальная резекция щитовидной железы с оставлением 4-8 г тиреоидной ткани [2,5,10,15]. Некоторые исследователи рекомендуют определять оптимальный объем тиреоидного остатка индивидуально, в зависимости от выраженности лимфоидной инфильтрации тиреоидной ткани [5,8,9,11].

Цель исследования: Улучшения результатов хирургического лечения токсических форм зоба.

Материалы и методы. В хирургическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения с 2014 года по 2018 год на стационарном лечении находились 112 больных с токсическими формами зоба. Из них 91 (81,2%) женщин и 21 (18,8%) мужчины в возрасте от 18 до 74 лет. Гиперфункция щитовидной железы может быть связана как с диффузно-токсическим зобом, так и возникновением одного или нескольких узлов в щитовидной железе, активная функция которых ведет к гиперпродукции тиреоидных гормонов. Среди наших больных по поводу диффузно-токсического зоба оперативному лечению подвергались 84(75%) больных, по поводу токси-

ческой аденомы щитовидной железы- 28 (25%) больных.

Результаты и их обсуждение. У 28(25%) больных выявлена тяжелая степень функциональной активности щитовидной железы. Клинически у этих больных отмечается тяжелая форма тиреотоксикоза, плохо поддающаяся медикаментозной коррекции. интраоперационно паренхима щитовидной железы рыхлая, на разрезе ткань ”сочная“. У 54(48,2%) больных определена активность средней степени.

Тиреотоксикоз - средней степени тяжести , поддающийся медикаментозной коррекции. На разрезе паренхима железы менее “сочная“. У 30(26,8%) больных выявлена легкая степень функциональной активности ткани щитовидной железы. У больных клинически определяется легкая или средняя степень тяжести тиреотоксикоза. Больные более легко достигают состояние эутиреоза на фоне медикаментозной терапии.

По мнению подавляющего большинства хирургических клиник, оперативное вмешательство у больных с токсическими формами зобов следует производить в эутиреоидном состоянии, для достижения которого следует использовать все средства, имеющиеся в распоряжении хирурга. У большинства наших больных эутиреоз достигался приемом антитиреоидных препаратов (мерказолила в дозе 30-40 мг в сутки в течение 2-4 недель), назначением анаприлина и седативных средства. Однако мерказолил обладает так называемым “струмогенным” действием, вызывая увеличение размеров железы и ее кровенаполнение, что вызывает дополнительные технические трудности при выполнении оперативного вмешательства. Поэтому, достигнув эутиреоза, за неделю до оперативного лечения мы снижали дозу мерказолила до 15 мг в сутки и назначали препараты йода, обычно раствор Люголя по 20-30 капель 3 раза в сутки для уменьшения кровенаполнения железы. Кроме того, назначали гемостатическую терапию (викасол, тримин), что значительно облегчало проведение оперативного пособия. В зависимости от распространенности поражения, формы зоба и объёма вмешательств, производили гемиструмэктомию, субтотальную субфасциальную резекцию щитовидной железы одной или обеих долей, удаление одной и субтотальная субфасциальная резекция второй доли с удалением перешейка. При удалении одной из долей (гемиструмэктомию) межкапсульную клетчатку подщитовидного пространства мобилизуют тупым и острым путями от капсулы блоком в сторону собственной фасции вместе с долей для уменьшения кровопотери.

Без необходимости во время операции визуализацию возвратного нерва не производят. Правило относительно возвратных нервов «смот-

ри, но не трогай» исключает травму этих нервных стволов и нарушение их кровоснабжения. Оперативное лечение было выполнено всем пациентам с токсическими формами зоба. У 58 (51,8%) пациентов с диффузным токсическим зобом во всех случаях была произведена субтотальная субфасциальная резекция обеих долей щитовидной железы. Объем хирургического вмешательства при полинодозном токсическом зобе определяется характером и обширностью поражения железы узловым процессом. В большинстве случаев проводили субтотальную субфасциальную резекцию обеих долей щитовидной железы с максимальным оставлением визуально неизменной ткани железы с измерением по методу Дж. Бурунну. Тиреоидэктомия произведена у 1 больного. Из 18 (16,1%) пациентов с полинодозным токсическим зобом гемиструмэктомию доли с экстирпацией перешейка выполнена 6 (5,3%) больным.

Из них правой доли у 4 больных, левой доли у 5 больных. Субтотальная субфасциальная резекция одной доли с удалением перешейка - 7 (6,2%) больным, субтотальная субфасциальная резекция обеих долей с удалением перешейка 13 (11,6%) больным. В одном случае была произведена тиреоидэктомия, так как вся паренхима щитовидной железы состояла из конгломерата множественных узлов. Гемиструмэктомию доли с экстирпацией перешейка выполнялась при одностороннем поражении щитовидной железы, субтотальная субфасциальная резекция одной или обеих долей с удалением перешейка - при двусторонней локализации полинодозных узлов.

Поражения возвратного нерва, повреждение крупных сосудов шеи и послеоперационная гипокальциемия у больных отсутствовали. Пациенты удовлетворены косметическим эффектом. Использованный способ резекции и установления объема оставляемой части доли щитовидной железы во время операции, измерили по методу Дж.Брунну у 87 (77,68%) больных с токсической формой зоба, позволил снизить частоту послеоперационного гипотиреоза на нет и рецидива токсического зоба до 0,5%.

При обследовании больных в течение 1 года и 6 лет послеоперационный гипотиреоз и рецидива тиреотоксикоза у лиц, оперированных по данному способу, не было. Без заместительной терапии у больных клинический сохраняется стойкий эутиреоз и качество жизни не отличается от качества жизни здоровых лиц.

Заключение. Таким образом, выделение и резекция щитовидной железы по использованному способу позволяет значительно снизить число ранних и поздних осложнений и дает возможность улучшить результаты хирургического лечения при токсических формах зоба. Использованный нами ускоренный морфометрический метод

определения функциональной активности щитовидной железы при токсических формах зоба дал возможность снизить частоту послеоперационного гипотиреоза и рецидива токсического зоба на 0,5%.

Литература:

1. Бабажанов А. С. и др. Профилактика гипотиреоза в послеоперационном периоде у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Проблемы биологии и медицины. – 2017. – № 2. – С. 25.
2. Ветшев П. С., Мамаева С. К. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. - 2006. - № 2. - С. 63-68.
3. Даминов Ф. А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – № 1. – С. 21-21.
4. Жониев С. Ш., Рахимов А. У., Бабажанов А. С. Значение биохимических показателей при предоперационной подготовки больных узловым зобом // Science And World. – 2013. – С. 136.
5. Жониев С. Ш. и др. Улучшение методов предоперационной подготовки и анестезии в периоперационном периоде заболеваний щитовидной железы // European Research. – 2018. – С. 135-138.
6. Зайниев А. Ф., Юнусов О. Т., Суярова З. С. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник науки и образования. – 2017. – Т. 1. – № 6 (30).
7. Исмаилов С.И., Рашитов М.М.// Клиническая и экспериментальная тиреологическая, 2016.-N 3.С.20-24
8. Курихара, Х. Оперативное лечение болезни Грейвса: суперсубтотальная резекция щитовидной железы // Вестник хирургии. - 2006. - Т. 165, № 3. - С. 28-30.
9. Петрова Н. Д., Хомякова В. Н., Мельниченко Г. А. Отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения больных диффузным токсическим зобом // Проблемы эндокринологии. - 2000. - № 6. - С. 12-18.
10. Цуркан А.Ю., Ванушко В. Э., Бельцевич Д.Г.. Спорные вопросы хирургического лечения болезни Грейвса // Клиническая и экспериментальная тиреологическая. - 2009. -Т. 5, № 4. - С. 15-23.
11. Федак И. Р., Герасимов Г. А., Кузнецов Н. С., Шаталова Л. Д. Отдаленные результаты хирургического

лечения диффузного токсического зоба // Проблемы эндокринологии. - 1999. - № 2. - С. 28-30.

12. Alsanea O., Clark O. H. Treatment of Graves' disease: the advantages of surgery // Endocrinol. Metabol. Clin. - 2000. - №29. -P. 321-337.

13. Canaris G. J., Manowitz N. R., Mayor G., Ridgway E. C. The Colorado thyroid disease prevalence study // Arch. Intern. Med. - 2000. - №160. - P. 526-534.

14. Hermann M., Roka R., Richter B. et al. Early relapse after operation for Graves' disease: Postoperative hormone kinetics and outcome after subtotal, near-total, and total thyroidectomy // Surgery. -1998. - №124. - P. 894-900.

15. Yusupov S. A. et al. Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – № 1.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕЦИДИВА ТИРЕОТОКСИКОЗА ПРИ ДИФFUЗНО- ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

А.С. БАБАЖАНОВ, А.И. АХМЕДОВ,
Ш.Ш. НАРЗУЛЛАЕВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республики Узбекистан, г. Самарканд

Оперативное лечение было выполнено всем пациентам с токсическими формами зоба. Объем хирургического вмешательства при токсическом зобе определяется характером и обширностью поражения железы узловым процессом. В большинстве случаев проводили субтотальную субфасциальную резекцию обеих долей щитовидной железы с максимальным оставлением визуально неизменной ткани железы с измерением остаточной тиреоидной ткани по методу Дж. Брунну. Использованный способ резекции и установления объема оставляемой части доли щитовидной железы у 87 (77,68%) больных с токсической формой зоба, позволил снизить частоту послеоперационного гипотиреоза. При обследовании больных в течение 1 года и 3 лет послеоперационный гипотиреоз и рецидива тиреотоксикоза у лиц, не наблюдалось.

Ключевые слова: Диффузный токсический зоб, щитовидный остаток, гипотиреоз.