

ВЫБОР ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ У ПОЖИЛЫХ И ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТАТОЧНОЙ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ

Бобокулов А.У.

Самаркандский государственный медицинский университет.

г. Самарканд, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11480717>

Аннотация: одной из актуальных проблем современной медицины и эндокринной хирургии является проблема подхода к хирургическому лечению больных с токсическим зобом. Актуальность данной проблемы связана с множеством вопросов, затрагивающих как выбор оперативного вмешательства, так и способы уменьшения послеоперационных осложнений и рецидива заболевания. Хирургическое лечение нетоксического зоба и узловых образований щитовидной железы приводит к существенному улучшению качества жизни пациентов. В статье рассмотрены результаты лечения 128 больных по поводу нетоксического зоба и узловых образований щитовидной железы. Проведен анализ эффективности операций.

Ключевые слова: щитовидная железа, нетоксического зоба и узловых образований щитовидной железы, аутоиммунный тиреоидит.

CHOICE OF SURGERY FOR DIFFUSE TOXIC GITTER IN THE ELDERLY AND SENILE PEOPLE WITH RESIDUAL THYROID TISSUE PEOPLE

Abstract: one of the pressing problems of modern medicine and endocrine surgery is the problem of the approach to surgical treatment of patients with toxic goiter. The relevance of this problem is associated with many issues affecting both the choice of surgical intervention and ways to reduce postoperative complications and relapse of the disease. Surgical treatment of nontoxic goiter and thyroid nodules leads to a significant improvement in the quality of life of patients. The article examines the results of treatment of 128 patients for non-toxic goiter and thyroid nodules. An analysis of the effectiveness of operations was carried out.

Key words: thyroid gland, non-toxic goiter and thyroid nodules, autoimmune thyroiditis.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы диагностики, тактики лечения и показаний к операции при различных нозологических формах поражения щитовидной железы (ЩЖ) далеки от окончательного решения и постоянно обсуждаются. Первоначально больные с патологией ЩЖ чаще всего обращаются к эндокринологу, но в настоящее время не малое число пациентов ищет спасение под скальпелем хирурга. Эти больные с синдромом тиреотоксикоза при отсутствии должной компетентности консервативной терапии, и пациенты с узкой патологией вне зависимости от функционального состояния ЩЖ, гонимые страхом ракового перерождения узлов, и пациенты с аутоиммунным тиреоидитом и значительными размерами зоба или без таковых, но опять же с онкологической настороженностью. Аутоиммунные заболевания ЩЖ, которые нередко протекают с синдромом тиреотоксикоза и его осложнениями в виде различных нарушений ритма, недостаточности кровообращения, существенно ухудшают качество жизни больного, что нередко заставляет эндокринолога прибегнуть к помощи хирурга. Широкое распространение в настоящее время, тонко игольной пункционной биопсии при различных заболеваниях ЩЖ, позволяет

четко определить алгоритм лечебной тактики и избежать «ненужного» оперативного лечения. Высокий класс хирурга не всегда спасает от развития ряда послеоперационных осложнений и даже рецидивов некоторых неонкологических заболеваний ЩЖ. Речь не идет о послеоперационном гипотиреозе, который нередко служит желаемой целью оперативного лечения. Нередко оперативное лечение не заканчивается полным выздоровлением пациента и для врачей эндокринологов представляет профессиональный интерес как функциональное, так и морфоструктурное состояние остаточной тиреоидной ткани как в раннем послеоперационном периоде, так в более отдаленные сроки.

Цель исследования. Изучения динамики функционального состояния послеоперационной остаточной тиреоидной ткани и околощитовидных желез.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведен сравнительный анализ послеоперационного состояния функции щитовидной железы у больных, прооперированных по поводу диффузно-токсического зоба (ДТЗ) и узловых образований (УЗ) ЩЖ, лечившихся в хирургическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в течение 2018-2023 годов. Ретроспективному анализу были подвергнуты истории болезни пациентов, прошедших оперативный этап лечения в 2000 году с последующим мониторингом послеоперационных клинических и лабораторных данных. Состояние функции ЩЖ у пациентов, прооперированных в 2018-2022 году, анализировалось по мере поступления как на до операционном этапе, так и после операции. В контингент обследуемых (64) пациентов были включены 48 женщин и 16 мужчин, 75% и 25% соответственно, в возрасте от 60 до 80 лет. Средний возраст составил $68,6 \pm 5,3$ года, что обусловлено особенностью распространения болезней ЩЖ, более чем в четыре раз чаще у женщин трудоспособного возраста.

На предварительном этапе производилась оценка функционального состояния ЩЖ у обследуемых больных по гормональному профилю с определением ТТГ и Т₃, Т₄, и обязательным УЗИ ЩЖ.

По структуре заболеваемости на дооперационном этапе доминировали УЗ ЩЖ – 36 пациента (56,3%), с диагнозами «узловой зоб», «многоузловой зоб», аутоиммунный тиреоидит (АИТ), его узловатая форма (2 больных – 3,1%). Меньшую долю составили диффузные изменения ЩЖ – 10 (15,6%) в виде диффузного токсического зоба (ДТЗ) 9 пациентов и 1 случая АИТ. Из них по поводу рецидива ДТЗ прооперировано 3 больных (4,7%). Кисты ЩЖ удалены 15 больным (23,4%) (табл.1).

Таблица 1. Структура заболеваний в соответствии с предоперационным обследованием гормонального спектра и УЗИ данных

Предварительный диагноз	Тиреотоксикоз	Гипотиреоз	Эутиреоз
ДТЗ	4(6,25%)	-	6(9,4%)
Рецидив ДТЗ	3(4,7%)	-	-
Узловой зоб	2(3,1%)	1(1,6%)	33(51,6)
Диффузно-многоузловой	-	1(1,6%)	4(6,25%)
Кистозный зоб	-	-	5(7,8%)
АИТ	-	1(1,6%)	4(6,25%)

Из выше представленной таблицы следует, что у трёх прооперированных пациентов из-за недостаточной терапевтической подготовки спровоцировались осложнения в раннем послеоперационном периоде. У 2 больных некомпенсированной гиперфункцией ЩЖ в раннем послеоперационном периоде были отмечены нарушения ритма сердца, «свежие» ишемические изменения на ЭКГ, потребовавшие дополнительного лечения. Снижение функции ЩЖ выявлено у 3 пациентов с узловыми образованиями ЩЖ (4,8%). Из всех больных у -81,3% случаев наблюдалось состояние эутиреоза.

Всем больным с предварительным диагнозом ДТЗ, диффузный многоузловой зоб, АИТ проводилось субтотальная субфасциальная струмэктомия. Узловые образования (в зависимости от размера узла) оперированы в объеме гемитиреоидэктомии с резекциями перешейки ЩЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время наличие любого очагового образования в ЩЖ требует проведения пункционной биопсии дооперационном этапе, что позволяет четко определить тактику дальнейшего лечения. Что, возможно, явилось причиной расхождения клинических и заключительных (гистологических) диагнозов в 100% проанализированных случаев (таб. 2).

Таблица 2. Проведенное гистологическое исследование привело к изменению структуры заболеваний

Гистологическое заключение	Количество	%
ДТЗ	9	14,1
Аденомы	21	32,8
Кисты	16	25
Рак	2	3,1
Коллоидный зоб	14	21,9
АИТ	2	3,1
Итого	64	100

По проведенному гистологическому анализу были выявлены недостатки предоперационного этапа обследования: в 2 случаях обнаружено рак ЩЖ, которых в пункционной биопсии не обнаружено атипичные клетки. Все равно этим больным тактика и объем оперативного лечения ЩЖ выполнено полноценном и адекватном.

Кроме того, зафиксированы в раннем послеоперационном периоде осложнения (возможно, переходящие, обусловленные посттравматическими воспалительными изменениями ткани со сдавлением близлежащих образований); парез гортани - 3 случаев, послеоперационный гипопаратиреоз – 1, с сохранением клинических проявлений.

Функциональное состояние ЩЖ в послеоперационном периоде (в раннем и отдаленном периодах) исследовалось в соответствии с требуемым алгоритмом мониторинга. Послеоперационный гипотиреоз был верифицирован у 3 пациентов (4,7% прооперированных) и был обусловлен преимущественно значительным объемом вмешательства субтотальной струмэктомией, или гемитиреоидэктомией на фоне зобноизмененной ЩЖ. В эутиреозе находилось 52 (81,3%) пациентов.

Через год в прооперированных ранее и наблюдаемых нами больных, которым удалось уточнить функциональное состояние ЩЖ, 1 из них (1,6%) был лабораторно-верифицированный, субкомпенсированный гипотиреоз, что можно объяснить с не

соблюдением лечебных рекомендаций, отсутствием должного контроля за адекватностью назначенной терапии в течение года, реже недостаточными дозами назначенной терапии. Отсутствие консультаций эндокринолога в послеоперационном периоде с должной частотой и стационарной реабилитации при необходимости, привело к столь высокому проценту выявленного декомпенсированного гипотиреоза.

Гипертиреоз обнаружен у 2 (3,1%) пациентов, но его причиной не может служить недостаточная компетентность пациентов или дефекты диспансеризации. Данное нарушение функции скорее обусловлено недостаточным объемом оперативного вмешательства, к чему могло привести отсутствие предоперационной верификации морфологического диагноза. Остальные 16 больных (25%) находились в состоянии эутиреоза (в основном - медикаментозного).

Недостатки должного исследования гормонального спектра и его контроля и динамики, стали причиной не хирургических осложнений в раннем послеоперационном периоде – у 2 пациентов зарегистрировано клинически значимое нарушение ритма, у 3 - «свежие» очаговые изменения ЭКГ.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ свидетельствует о выполнении дооперационного диагностического алгоритма у больных с планируемым оперативным вмешательством на ЩЖ, не только изменения структуры заболеваний, но и адекватного объема оперативного вмешательства.

2. Морфологические изменения в структуре ткани ЩЖ позволяют достоверно прогнозировать течение аутоиммунного процесса в тиреоидном остатке и определить необходимый объем оперативного вмешательства.

3. Три и более прогностических факторов сохранения эутиреоза в послеоперационном периоде, то возможно осуществление субтотальной резекции составлением клинически значимого объема ткани ЩЖ.

4. В послеоперационном периоде пациенты должны наблюдаться у эндокринолога или эндокринного хирурга, проходить динамический контроль УЗИ и гормонального статуса, при необходимости получать заместительную гормональную терапию.

Список литературы

1. Исмаилов С.И., Рашитов М.М. // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2016. N 3. С. 20-24.
2. Аристархов В.Г., Кириллов Ю.Б., Пантелеев И.В. Профилактика послеоперационного гипотиреоза при хирургическом лечении диффузного токсического зоба // Хирургия, 2001. № 9. С. 19–21
3. Нарзуллаев Ш. Ш. и др. Функциональное состояние остаточной тиреоидной ткани после операции диффузно-токсического зоба у пожилых и лиц старческого возраста //Наука, образование и культура. – 2021. – №. 2 (57). – С. 23-26.
4. Знаменский А.А., Ветшев П.С., Животов В.А. и др. Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний щитовидной железы у молодых // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XVI Рос. симп. по хирургии, эндокринологии. Саранск, 2007. С. 90-92.
5. Yakhshiboyevich S. Z. et al. Surgical Care for Injuries to the Duodenum //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 1. – С. 177-181.

6. Yakhshiboyevich S. Z. et al. Surgical management of injuries to the small and large intestine //World Bulletin of Public Health. – 2023. – Т. 19. – С. 31-34.
7. Бабажанов А.С., Гайратов К.К., Тоиров А.С., Ахмедов А.И. & Худойбердиев Э.Ш. (2017). Профилактика гипотиреоза в послеоперационном периоде у больных с многоузловым нетоксическим зобом. Проблемы биологии и медицины, (2), 94.
8. Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И. Гибридные технологии и экстракорпоральные методы сорбционной детоксикации (обзор литературы) // Academy, 2020. № 4 (55).
9. Бабажанов А.С. и др. Усовершенствование диагностики и лечения синдрома диабетической стопы // International scientific review of the problems of natural sciences and medicine, 2019. С. 64-77.
10. Babajanov A.S., Akhmedov A.I., Toirov A.S., Akhmedov G.K. & Hudoynazarov U.R. (2018). The states of the thyroid residue in the postoperative period in patients with multinodal nontoxic goiter. European science review. (9-10-2), 33-35.