

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.И. АХМЕДОВ, Ф.Х. МУХАММАДКУЛОВ, Г.О. НОРМУРАДОВА, С.Б. МАХМУДОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЯХШИ СИФАТЛИ КАСАЛЛАРИНИНГ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ҚОЛДИҚ ТИРЕОИД ТЎҚИМАНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.И. АХМЕДОВ, Ф.Х. МУХАММАДКУЛОВ, Г.О. НОРМУРАДОВА, С.Б. МАХМУДОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд шаҳри

THE FUNCTIONAL STATUS OF RESIDUAL THYROID TISSUE AFTER SURGERY OF BENIGN THYROID DISEASES

A.S. BABAJANOV, A.I. AKHMEDOV, F.H. MUKHAMMADKULOV, G.O. NORMURADOVA, S.B. MAKHMUDOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Тегиширилган беморлар (64) 16 нафари эркаклар, 48 нафари аёллар, ёши бўйича 17 ёшдан 72 ёшгачани таъкил қилади. Шунинг таъкидлаш лозимки, қалқонсимон без патологиялари билан оғриган беморларнинг уч баровардан кўп қисмини меҳнатга лаёқатли ҳисобланади. Олинган натижалар шунинг кўрсатдики, операциядан кейинги эутиреоз сақланиши учун қалқонсимон без касалликларида асосан субтотал резекция қилиш мақсадга мувофиқдир.

Калит сўзлар: Қалқонсимон без, операция, қолдиқ тиреоид тўқима.

Within the population surveyed (64) patients were included, 48 women and 16 men, ranging in age from 17 to 72 years. The average age was 44.6 ± 5.3 years, due to the feature of the disease thyroid, more than three times more common in women of working age. Analyses of results show that three or more prognostic factors in maintaining euthyroid in the postoperative period, possible implementation of a Subtotal resection is the preparation of a clinically significant volume of tissue thyroid.

Keywords: Thyroid gland, operation, residual thyroid tissue

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 настроенностью. 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 все-

гда 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 динамику функционального состояния послеоперационной остаточной тиреоидной ткани и околощитовидных желез.

Материалы и методы. 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 2014-2017 годов. Ретроспективному анализу были подвергнуты истории болезни пациентов, прошедших оперативный этап лечения в 2000 году с последующим мониторингом послеоперационных клинических и лабора-

торных данных. Состояние функции ЩЖ у пациентов, прооперированных в 2014-2017 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 17 до 72 лет. Средний возраст составил $44,6 \pm 5,3$ 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 T_3 , T_4 , 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%). Структура заболеваний в соответствии с предоперационным обследованием гормонального спектра и УЗИ данных представлена в таблице. Из выше представленной таблицы следует, что у трёх прооперированных пациентов из-за недостаточной терапевтической подготовки с провоцировались осложнения в раннем послеоперационном периоде. У 2 больных некомпенсированной гиперфункцией ЩЖ в раннем послеоперационном периоде были отмечены нарушения ритма сердца, «свежие» ишемические из-

менения 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 и 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. Проведенное гистологическое исследование привело к изменению структуры заболеваний (табл. 2.). 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.

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от патологии щитовидной железы

Функциональное состояние	Тиреотоксикоз	Гипотиреоз	Эутиреоз
Предварительный диагноз			
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%)

Таблица 2.

Гистологическое заключение исследованной ткани щитовидной железы

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

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 несоблюдением 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.

Литература:

1. Даминов Ф. А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 21-21.
2. Исмаилов С.И., Рашитов М.М. // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2016. -N 3.С.20-24
3. 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 хирургу, эндокринологии. - Саранск, 2007. С.90 - 92.
4. Юсупов Ш. А. и др. Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1 (29). – С. 80-84.
5. Yilmaz Y, Kamer KE, Ureyen O, et al. The effect of preoperative Lugol's iodine on intraoperative bleeding in patients with hyperthyroidism. // Ann Med Surg (Lond). 2016; 9:53-57. doi: 10.1016/j.amsu.2016.06.02.
6. Zoghi M., Duygu H., Gungor H. Circadian and infradian rhythms of vasovagal syncope in young and middle-aged subjects et al. // Pacing Clin. Electrophysiol. -2008.-Vol. 31, №12.-P. 1581-1584.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.И. АХМЕДОВ,
Ф.Х. МУХАММАДКУЛОВ,
Г.О. НОРМУРАДОВА, С.Б. МАХМУДОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В контингент обследуемых (64) пациентов были включены 48 женщин и 16 мужчин, в возрасте от 17 до 72 лет. Средний возраст составил $44,6 \pm 5,3$ года, что обусловлено особенностью распространения болезней ЩЖ, более чем в три раз чаще у женщин трудоспособного возраста. Анализы результатов показывают, что три и больше прогностических факторов сохранения эутиреоза в послеоперационном периоде, то возможно осуществление субтотальной резекции составлением клинически значимого объема ткани ЩЖ.

Ключевые слова: Щитовидная железа, операция, остаточная тиреоидная ткань.