

КРАТКИЕ СТАТЬИ

Махмудов Т.Б.,
Курбаниязов З.Б.
Давлатов С.С.

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ ДИФфузно-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**
Самаркандский Государственный медицинский институт

Одной из актуальных проблем современной эндокринной хирургии, является проблема подхода к хирургическому лечению больных диффузно-токсическим зобом. Актуальность данной проблемы связана с множеством вопросов затрагивающих как выбор оперативного вмешательства, так и способы уменьшения послеоперационных осложнений и рецидива заболевания.

На современном этапе существуют две школы, придерживающиеся различных мнений в вопросе способа хирургического подхода к лечению данного контингента больных основывающегося на возможности оставления паренхимы щитовидной железы, либо ее полного удаления.

Одна из школ предпочитает произведение тотальной тиреоидэктомии у больных диффузно-токсическим зобом, другая же придерживается субтотальной тиреоидэктомии.

Для выработки индивидуального подхода к хирургическому лечению больных диффузно-токсическим зобом мы решили условно разделить данный контингент больных на две группы и подвергнуть анализу две методики оперативного вмешательства.

Нами в клинике СамГосМИ было прооперированно 37 больных диффузно-токсическим зобом. Первая группа включала 18 больных, которым была произведена субтотальная тиреоидэктомия. Вторую группу составляли 19 больных, которым была произведена тотальная тиреоидэктомия.

Подготовка больных к операции в обеих группах производилась по стандартной методике включающей применение тиреостатиков, седативных препаратов, β -адреноблокаторов и за 2 недели до предполагаемого оперативного вмешательства произведение дублирования щитовидной железы путем дачи препаратов йода. Все больные шли на операцию в состоянии гипотиреоза.

Обе оперируемые группы были идентичны в отношении степени увеличения щитовидной железы и пола пациентов.

Методика субтотальной тиреоидэктомии не отличалась от общепринятой. Оперативное вмешательство заканчивалось сохранением около 8 граммов паренхимы щитовидной железы в области верхнего полюса левой доли железы. Проведенный как ближайшего, так и отдаленного анализа послеоперационных осложнений, у данной группы больных, показал, что рецидив диффузно-токсического зоба наблюдался в 2 (11,1%) случаях, гипотиреоз был зафиксирован также в 2 (11,1%) случаях. Транзиторный гипопаратиреоз наблюдался в одном случае.

Во второй группе больных при проведении тотальной тиреоидэктомии, при всей тщательности выполнения операции, все-таки оставлялось от 2 до 3 граммов паренхимы щитовидной железы примыкающей к трахее. Анализ результатов показал, полное отсутствие рецидива диффузно-токсического зоба у данной группы больных, что касается гипотиреоза, то он был зафиксирован в 3 (15,7%) случаях. В 1 случае гипотиреоз был тяжелой степени и в 2 - средней тяжести. Кроме этого в 2 случаях в данной группе больных наблюдался транзиторный гипопаратиреоз. Данным больным была произведена медикаментозная коррекция гипотиреоза в послеоперационном периоде.

Таким образом, мы пришли к заключению, что оставление 2-3 граммов паренхимы щитовидной железы, как в области трахеи, так и в других отделах ложа щитовидной железы в большинстве случаев замещает функцию всей щитовидной железы. Также нет большой необходимости при проведении тотальной тиреоидэктомии добиваться полного удаления всей паренхимы щитовидной железы, и существует возможность оставление от 2 до 3 граммов без опасения возникновения рецидива заболевания.