



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616.441-008.61-089

Скоробогатов В.М. (skvasilij@gmail.ru), Барсуков А.Н., Гургенидзе В.В. —
Результаты хирургического лечения больных с диффузным токсическим зобом.
Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, Москва

Проведен ретроспективный анализ результатов комплексного терапевтического и хирургического лечения 170 пациентов с диффузным токсическим зобом. Показана обоснованность при наличии показаний выполнения всем больным тиреоидэктомии как наиболее оправданного оперативного пособия с последующей адекватной медикаментозной коррекцией послеоперационного гипотиреоза. Применение интегрального метода лечения пациентов с диффузным токсическим зобом улучшает качество оказываемой им медицинской помощи, оптимизирует подходы к интра- и послеоперационному ведению больных, положительно влияет на отдаленный прогноз.
К л ю ч е в ы е с л о в а: щитовидная железа, диффузный токсический зоб, комплексное терапевтическое и хирургическое лечение.

Skorobogatov V.M., Barsukov A.N., Gurgeniidze V.V. — Results of surgical treatment of patients with diffuse toxic goiter. Retrospective analysis of the results of complex therapeutic and surgical treatment of 170 patients with diffuse toxic goiter was carried out. The validity is shown in the presence of indications of the performance of all thyroidectomy as the most justified surgical benefit followed by adequate medication correction of postoperative hypothyroidism. The use of the integral method of treating patients with diffuse toxic goiter improves the quality of medical care provided to them, optimizes approaches to intra- and postoperative management of patients, and positively affects the long-term prognosis.

К е у в о р д s: thyroid gland, diffuse toxic goiter, complex therapeutic and surgical treatment.

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) — аутоиммунное заболевание со стойкой патологической гиперсекрецией гормонов щитовидной железы, диффузным ее увеличением и развитием тиреотоксикоза.

В хирургии в последние десятилетия имеется тенденция удаления большей части щитовидной железы с последующей заместительной терапией препаратами левотироксина (L-T₄). Таким образом, большинство специалистов считают наиболее рациональным проведение тиреоидэктомии. В России наиболее частыми операциями на щитовидной железе являются субтотальная или частичная резекция, тиреоидэктомии составляют лишь 75–80% от общего числа операций при ДТЗ, в то время как в странах Европы — 95–98%. В связи с тем, что в нашей стране отсутствует единый подход к оперативному лечению заболеваний щитовидной железы, эндокринологи часто встречают пациентов, которым при одинаковых диагнозах были выполнены операции разного объема. Как правило, это выполнение частичной резекции органа с оставлением различного по объему тиреоидного остатка.

Щитовидная железа состоит из активно пролиферирующей ткани. В условиях ДТЗ возникает поражение всего ее объема, и при проведении щадящих операций остаточная часть ткани представляет собой субстрат для рецидива и прогрессирования заболевания.

Показаниями для хирургического лечения ДТЗ являются:

- рецидивирующее течение тиреотоксикоза;
- неэффективность тиреостатической терапии;
- непереносимость тиреостатических препаратов;
- компрессия органов шеи и средостения щитовидной железой больших размеров, отказ пациента от приема тиреостатиков.

В хирургических отделениях Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В.Мандрыка в период с 2008 по 2013 г. обследовались и лечились 170 пациентов по поводу ДТЗ — 44 (26,5%) мужчин (средний возраст 40,4±1,9 года) и 126 (73,5%) женщин (средний возраст —



45,4±2,8 года). Длительность болезни до хирургического лечения в среднем составила 4,5±2,5 года. Всем пациентам было выполнено оперативное пособие в связи с неэффективностью консервативного лечения. Они прошли предоперационную подготовку в эндокринологических подразделениях, была достигнута компенсация по уровню T_4 св и T_3 св.

В эутиреоидном состоянии оперировано 165 (97%) пациентов. В этой группе удалось добиться медикаментозной компенсации: уровень тиреотропного гормона (ТТГ) — от 0,2 до 0,5 мЕд/л. У 5 (3%) пациентов, которые поступили с рецидивом ДТЗ после хирургического лечения в различных стационарах города, показатели ТТГ составляли от 0,01 мЕд/л и ниже, при этом на этапе оперативного лечения уровень T_4 св и T_3 св у всех пациентов был компенсирован. Из наблюдаемой группы 25 пациентам была выполнена предельная субтотальная резекция щитовидной железы с сохранением не более 2 г ткани и 145 пациентам — тиреоидэктомия. Послеоперационных осложнений общехирургического характера со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось.

Всем пациентам после операции была назначена заместительная монотерапия препаратами $L-T_4$, что позволило поддерживать ТТГ в низконормальном диапазоне (0,3—0,7 мЕд/л) с достижением состояния эутиреоза.

Организационная структура госпиталя и согласованная работа эндокринологического отделения и поликлинического звена по динамическому наблюдению за прикрепленным контингентом позволили изучить отдаленные результаты хирургического лечения у всех 170 пациентов. При комплексной оценке у данной группы пациентов отмечались:

- нормализация сердечного ритма;
- уменьшение степени ишемии миокарда и сердечной недостаточности;
- снижение степени офтальмопатии;
- общее повышение качества жизни пациентов;
- нормализация основного обмена;
- восстановление половой функции у мужчин.

Клинический случай. Больная М. 38 лет. В 2009 г. после вторых родов был диагностирован диффузный токсический зоб с явлениями эндокринной офтальмопатии. В течение 2 лет проводилась тиреостати-

ческая терапия мерказолилом. В связи с отсутствием компенсации тиреоидного статуса пациентке в условиях городского стационара была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы, при этом остаточный объем ткани железы составил 5 мл. В последующем явления офтальмопатии продолжали прогрессировать: усилился двусторонний экзофтальзм, появилась асимметрия глазных щелей. Пациентка самостоятельно обратилась в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, где в апреле 2012 г. было выполнено УЗИ орбит, предложена консервативная терапия кортикостероидами, от которого пациентка отказалась. С декабря 2012 г. отмечала периодические возникающую диплопию. При контроле тиреоидного статуса в январе 2013 г. — тиреотоксикоз. Пациентка была госпитализирована в эндокринологическое отделение МУНКЦ им. П.В.Мандрыка. Гормональный статус: ТТГ — 0,0001 мЕд/л, T_4 св — 43,7 пмоль/л, АТ-рТТГ — 10,7 МЕ/л. Была назначена тиреостатическая терапия мерказолилом по схеме и пульс-терапия глюкокортикостероидами (солу-медрол® 1000 мг внутривенно). С учетом высокого уровня АТ-рТТГ и отсутствия положительной динамики течения офтальмопатии в продолжение первой недели наблюдения пациентке рекомендовано оперативное лечение, и она переведена в хирургическое отделение. Операция 12.02.2013 г. по удалению остаточного объема щитовидной железы. Послеоперационный период протекал без особенностей. Была назначена заместительная терапия левотироксином в дозе 75 мкг/сут. При контрольном осмотре 20 января 2014 г. у пациентки отмечена положительная динамика, регресс явлений офтальмопатии, медикаментозная компенсация послеоперационного гипотиреоза (ТТГ — 0,7 мЕд/л, АТ-рТТГ — 0).

Клинические наблюдения показывают обоснованность выполнения при наличии показаний тиреоидэктомии как наиболее адекватного оперативного пособия больным с ДТЗ с последующей адекватной медикаментозной коррекцией послеоперационного гипотиреоза.

Таким образом, применение интегрального метода лечения пациентов с диффузным токсическим зобом улучшает качество оказываемой им медицинской помощи, оптимизирует подходы к интра- и послеоперационному ведению больных, положительно влияет на отдаленный прогноз.