



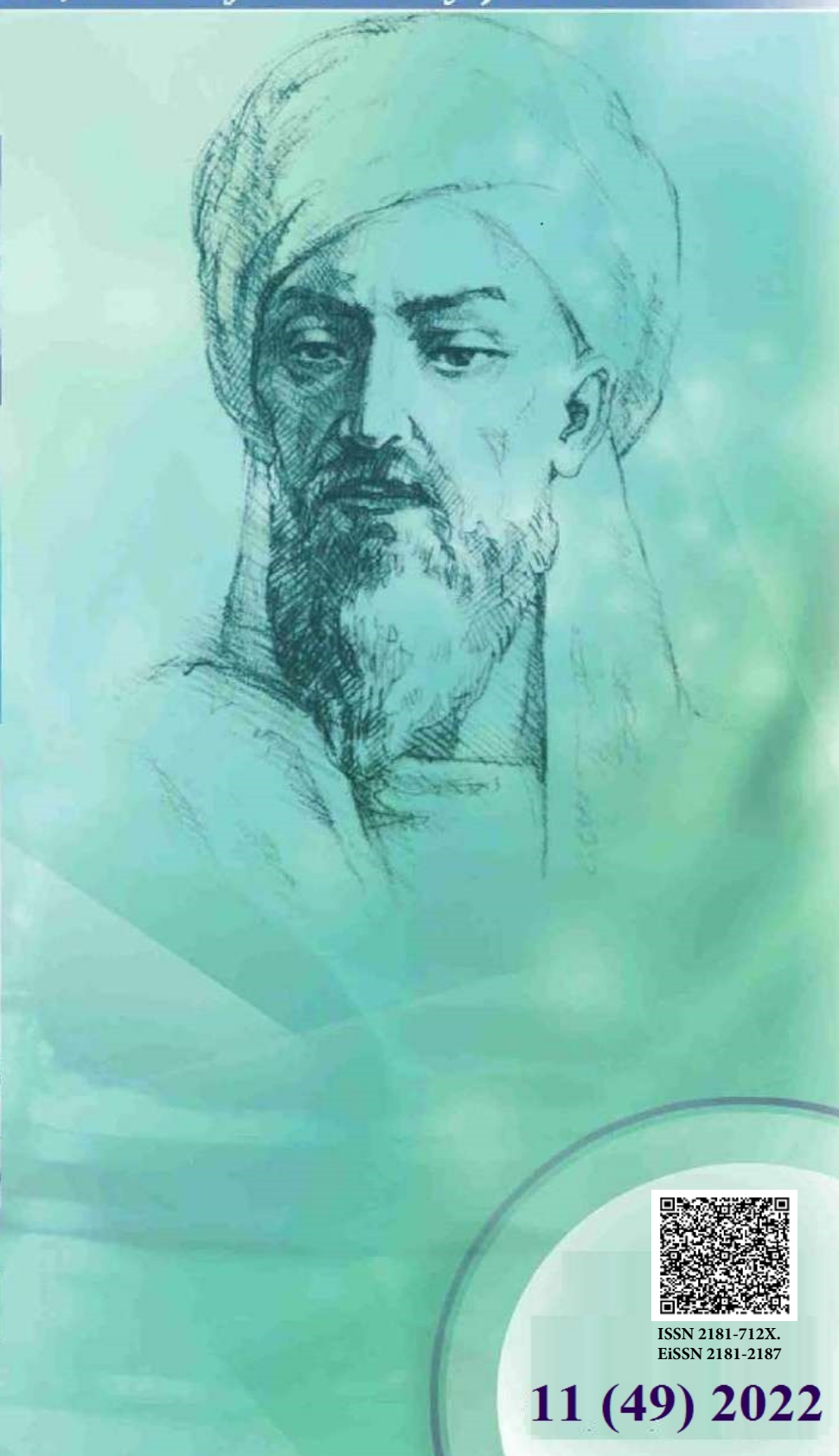
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (49) 2022

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (49)

2022

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882



Received: 12.10.2022
Accepted: 22.10.2022
Published: 12.11.2022

УДК 616.441-008-61-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНО ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Хамраев У.П.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Интраоперационное кровотечение при хирургическом лечении диффузно токсического зоба, имеет одну из ключевых моментов в развитии последующей цепочки патологических процессов, связанных с послеоперационными осложнениями, и соответственно определяют исход лечения в целом. Вышеуказанное указывает на прямую корреляционную зависимость осложнений от сроков длительности применения больными тиреостатической терапии. Соответственно поиск адекватного решения данной проблемы возможен лишь при условии комплексной оценки основных влияющих факторов на эти патогенетические расстройства.

Ключевые слова: диффузно токсический зоб, интра-послеоперационные осложнения, тиреостатическая терапия.

ДИФфуЗ ТОКСИК БЎҚОҚ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ХИРУРГИК ДАВОСИНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Хамраев У.П.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Диффуз токсик бўқоқни жасроҳлик йўли билан даволашда интраоператив қон кетишлар, операциядан кейинги асоратлар билан боғлиқ патологик жараёнларнинг кейинги занжири ривожланишининг асосий жабҳаларидан бири бўлиб ҳисобланади ва шунга мос равишда умуман олганда даволашнинг оқибатини белгилайди. Юқорида келтирилганлар, беморлар томонидан тиреостатик давони қабул қилиниши муддатларининг давомийлиги, асоратлар ва уларнинг ўртасидаги тўғридан-тўғри боғлиқликни кўрсатади. Шунга кўра, ушбу муаммонинг адекват ечимини излаш фақатгина ушбу патогенетик ўзгаришларнинг ривожланишини мажмуавий баҳолаш билан эришилади.

Калит сўзлар: диффуз токсик бўқоқ, операция ва операциядан сўнги даврдаги асоратлар, тиреостатик терапия

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSE TOXIC GOITER

Hamraev U.P.

Bukhara State Medical Institute



✓ **Resume**

Intraoperative bleeding during surgical treatment of diffusely toxic goiter has one of the key points in the development of the subsequent chain of pathological processes associated with postoperative complications, and accordingly determine the outcome of treatment as a whole. The above indicates a direct correlation of complications from the timing of the duration of the use of thyrostatic therapy by patients. Accordingly, the search for an adequate solution to this problem is possible only under the condition of a comprehensive assessment of the main influencing factors for these pathogenetic disorders.

Keywords: *diffuse toxic goiter, intra-postoperative complications, thyrostatic therapy.*

Актуальность

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) - органоспецифическое аутоиммунное заболевание и является причиной развития тиреотоксикоза у 80 % пациентов [4]. В исследованиях, что ДТЗ составляет примерно 5 – 6 случаев на 100 000 населения в год и при этом, чаще болеют женщины в возрасте от 18 до 60 лет [1,3].

Диффузный токсический зоб, характеризуется гиперпродукцией тиреоидных гормонов, стойким повышением их содержания в сыворотке крови в сочетании с равномерным, диффузным увеличением всех отделов щитовидной железы, а также изменением функционального состояния различных органов и систем. В экспериментальных исследованиях показано, что на фоне терапии ДТЗ отмечаются морфологические нарушения в структуре в печени [5,7].

До настоящего времени нет единого мнения по поводу единой тактики лечения заболеваний щитовидной железы. В процессе лечения ДТЗ, тиреостатические препараты эффективны лишь на начальных стадиях тиреотоксикоза и при отсутствии антител к рецепторам тиреотропного гормона (ТТГ) [2,4,6]. Эти препараты действуют на разные стадии метаболизма йода [8,9]. Так, мерказолил, тирозол, метизол, пропилтиоурацил ингибируют две стадии биосинтеза тиреоглобулина (ТГ): снижают активность пероксидазы, недостаточность которого приводит к уменьшению скорости и органификации йода и периферическую конверсию тироксина в трийодтиронин [1,4,10]. Частота рецидивов тиреотоксикоза после медикаментозного лечения в зависимости от длительности наблюдения колеблется от 35 – 80% [2,3,9,10]. Несмотря на значительные исследования в этом направлении, до настоящего времени нет единого мнения относительно лечения заболеваний щитовидной железы.

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения диффузно токсического зоба у больных в зависимости от длительности применения тиреостатической терапии

Материал и методы

Клинический материал составили 293 больных с ДТЗ, находившиеся на лечении и обследовании в Областной многопрофильной клинике города Бухара с 2017 по 2022 годы. Первичная установка диагноза в обязательном порядке проводилась врачом эндокринологом.

Учитывая длительность предоперационного периода, а в особенности, сроков консервативной терапии, мы рандомизировали пациентов по срокам длительности приема тиреостатических препаратов. В I подгруппу больных вошли 103(35,2%) пациента, которые получали тиреостатическую терапию длительностью не более 1 года до хирургического метода лечения. Соответственно такому раскладу во II подгруппу вошли 129(44,0%) пациента, которые получали тиреостатическую терапию на протяжении более 1 года до 3 лет. В III подгруппу были включены 61(20,8%) пациента, которые получали консервативную терапию длительностью более 3 лет.

Больные с диффузным токсическим зобом, как правило, проходят через длительный период предоперационной консервативной терапии тиреостатическими препаратами, с целью ликвидации признаков тиреотоксикоза. В соответствии с этим, больные, которые обращались к нам за хирургическим лечением имели или разный период длительности такой терапии.

Критериями эффективности, проводимой тиреостатической терапии, помимо ликвидации клинической картины тиреотоксикоза, являлись нормализация таких лабораторных показателей, как св.Т₃, св.Т₄, ТТГ.

Результат и обсуждение

При обращении в хирургическую клинику из 261(89,1%) больных, входящих в контрольную группу, у 79(30,3%) больных на фоне тиреостатической терапии была достигнута компенсация тиреотоксикоза (купирование клинической картины заболевания и нормализация лабораторных показателей). У 182(69,7%) больных отмечена субкомпенсация диффузного токсического зоба (купирование клинической картины заболевания с сохранением гормональных признаков тиреотоксикоза).

Среди пациентов контрольной группы 234(79,9%) были больные женского и 59(20,1%) мужского пола. Средний возраст больных составил $42,5 \pm 23,4$ лет. Продолжительность заболевания составила от 4 месяцев до 35 лет. Одним из главных методов оценки тиреотоксикоза было проведение исследования специфического гормонального спектра крови.

Уровень св.Т₃ у больных контрольной группы в среднем составил $3,53 \pm 0,19$ пмоль/л, а св.Т₄ – $10,35 \pm 2,14$ пмоль/л. При этом уровень ТТГ в среднем составил $2,93 \pm 0,21$ пмоль/л. Гормональные признаки тиреотоксикоза были выявлены у 202(68,8%) пациентов. Из них, субклинический тиреотоксикоз, то есть при условии сниженного уровня ТТГ в сочетании с нормальными показателями св.Т₃ и св.Т₄ было выявлено у 28(9,6%) больных. В тоже время, снижение уровня ТТГ в сочетании с высокими показателями св.Т₃ и св.Т₄ было констатировано у 173(59,2%) больных. Подобные случаи выделялись нами как больные с манифестирующим тиреотоксикозом.

На фоне тиреостатической терапии, эутиреоидное состояние достигнуто у 227(77,5%) пациентов. У 30(10,2%) больных, выявлен ятрогенный гипотиреоз. У 15 (5,1%) из них определялся субклинический, а у 21(7,2%) манифестный гипотиреоз.

Средний объем щитовидной железы у больных контрольной группы по данным ультразвукового исследования составил $50,11 \pm 21,3$ мм³. У 145(49,5%) пациентов структура ткани щитовидной железы была однородной, у 148(50,5%) больных – неоднородной структуры. Ткань щитовидной железы средней степени эхогенности была выявлена у 24(8,1%) пациентов, гипоехогенная - у 180(61,3%) пациентов, гиперэхогенная - у 21(7,2%) пациентов, с гиперэхогенными участками на фоне гипоехогенной ткани - у 68(23,4%) больных. Неизменный кровоток в ткани щитовидной железы отмечался у 18(6,3%) больных, а повышенная васкуляризация у 275(93,7%) пациентов.

В 98(33,3%) случаях при ультразвуковом исследовании, наряду с диффузным увеличением щитовидной железы нами обнаруживались так же узловые образования. Узловые образования правой доли выявлены у 49(16,8%) пациента. При этом у 38(12,8%) из них – одиночный узловое образование, а у 12(4,0%) от 2-х до 3-х узловых образований. В 13,6 % случаев (40 больных) размеры узлового образования были менее 2,0 см, а в 3,2% случаев (9 больных) более 2,0 см. Узловые образования в левой доле щитовидной железы были обнаружены у 29(9,9%) пациентов, из них у 21(7,2%) больных - одно узловое образование, а у 8(2,7%) больных - от 2 до 3 узловых образований. В 15,2 % случаев размеры узловых образований были менее 2,0 см, а в 2,4% случаев - более 2,0 см.

В перешейке щитовидной железы узловые образования выявлены у 13(4,4%) пациентов. Из них у 10(3,4%) пациентов выявлено по одному узловому образованию, а у 3(1,0%) от 2 до 3 узловых образований. Все узловые образования, в области перешейки были меньше 2,0 см.

Всем пациентам с диффузным токсическим зобом контрольной группы, при наличии у них узловых образований, была выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия. При этом клетки фолликулярного эпителия были получены в 26(8,8%) случаях, фолликулярный эпителий и лейкоциты – в 12(4,0%) случаях, фолликулярный эпителий и лимфоциты - в 19(6,4%) случаях, клетки фолликулярного эпителия и макрофаги — в 5(1,6%) случаях, фолликулярный эпителий с признаками гиперплазии - в 9(3,2%) случаях, фолликулярный эпителий с полиморфизмом ядер - в 5(1,6%) случаях. В 7(2,4%) случаях цитограмма соответствовала фолликулярной аденоме, а в 5(1,6%) случаях был получен коллоид.

При проведении рентгенографии шейно-загрудинного пространства с контрастированием пищевода признаки отклонения трахеи выявлены у 51(17,5%) пациентов; компрессия пищевода - у 38(12,8%) больных, компрессия пищевода трахеи и отклонение трахеи - у 7(2,4%) пациентов.

При непрямой ларингоскопии у 7(2,4%) пациентов наблюдалось неполное смыкание голосовых складок при фонации. В одном случае это было обусловлено парезом правого возвратного гортанного нерва, во втором - парезом левого возвратного гортанного нерва, в третьем - обе голосовые складки при фонации смыкались не полностью. У одного больного при обследовании обнаружено новообразование гортанной поверхности надгортанника на широком основании.

Всем больным были выполнены хирургические вмешательства на щитовидной железе. Объем хирургического вмешательства зависел от вида и объема поражения щитовидной железы. В большинстве случаев (47,1%—138 больных) была выполнена тотальная тиреоидэктомия. Остальным больным были выполнены органосохраняющие операции, такие как: гемиструмэктомия у 76(25,9%) больных, резекция щитовидной железы по Николаеву – у 53(18,1%) больных, расширенная резекция щитовидной железы - у 21(7,2%) больного, энуклеация узлового зоба – у 5(1,7%) больных.

Объем оставленной ткани щитовидной железы после резекции по Николаеву составил от 3 до 6 мл (в среднем $4,2 \pm 0,75$ мм³). Средний объем удаленной щитовидной железы после тотальной тиреоидэктомии составил $51,8 \pm 26,7$ мм³.

Хотя по результатам морфологических исследований удаленной части щитовидной железы в большинстве случаев (243 больных - 82,9%) был констатирован диагноз диффузного токсического зоба, тем не менее в 17,1% случаев были выявлены и другие формы поражения щитовидной железы. В частности, в 21(7,2%) случаях был выявлен микрофолликулярный зоб с базедофикацией, в 11(3,7%) случаях диффузный токсический зоб с очаговой лимфоидной инфильтрацией стромы, в 5(1,7%) случаях макрофолликулярный диффузный токсический зоб. У 13(4,4%) больных гистологические результаты удаленной части щитовидной железы были, к сожалению, с элементами злокачественного образования. Так, у 4 больных (1,4% случаев) была диагностирована фолликулярная аденома правой доли щитовидной железы, и по 3 случая (всего 9 больных) с диффузным токсическим зобом и папиллярной микрокарциномой, токсический зоб с участками аденокарциномы, а также β -клеточная аденома правой доли на фоне диффузного токсического зоба.

В общей сложности по результатам лечения больных контрольной группы в 37,5% случаев (110 больных) были достигнуты хорошие результаты. У 136(46,4%) больных результаты лечения были констатированы как удовлетворительные. Не удовлетворительные результаты, о которых мы решили остановиться подробнее далее, были констатированы у 47(16,0% больных).

Учитывая длительность предоперационного периода, а в особенности, сроков консервативной терапии, мы рандомизировали пациентов по срокам длительности приема тиреостатических препаратов.

В I подгруппу больных вошли 103(35,2%) пациента, которые получали тиреостатическую терапию длительностью не более 1 года до хирургического метода лечения. Соответственно такому раскладу во II подгруппу вошли 129(44,0%) пациента, которые получали тиреостатическую терапию на протяжении более 1 года до 3 лет. В III подгруппу были включены 61(20,8%) пациента, которые получали консервативную терапию длительностью более 3 лет.

Среди больных I подгруппы в большей степени были отмечены хорошие (47,6%) и удовлетворительные (46,6%) результаты лечения. У 6(5,8%) больных результаты хирургического лечения диффузного токсического зоба были неудовлетворительными.

Среди больных II подгруппы, которые принимали тиреостатические препараты на протяжении от 1 года до 3 лет, в большинстве случаев у 61(47,3%) больного были констатированы удовлетворительные результаты хирургического вмешательства. У 49(38,0%) больных результаты хирургической операции были отличными и у 19(14,7%) больных – не удовлетворительные.

В III подгруппе больных, как и в предыдущей, большинство пациентов (44,3%) завершили лечение после операции с удовлетворительными результатами. Однако в отличие от I и II подгрупп результаты неудовлетворительных результатов были больше хороших на 16,4%. В качестве примера неудовлетворительных результатов хирургического лечения диффузного токсического зоба можем привести следующий клинический случай.

Таким образом, как представлено в клинических случаях, результаты хирургических методов лечения диффузного токсического зоба порой могут быть весьма неутешительными. Интраоперационное кровотечение, в особенности из оставшейся ткани щитовидной железы, требующее неоднократных коагуляций не всегда позволяет достичь желаемого эффекта. Более того, осложнения подобного рода, как показали клинические случаи, зачастую являются причинами к

возникновению других, не менее опасных видов осложнения, которые могут повлиять как непосредственные результаты хирургического лечения, так и на отдаленные.

В основе структуры формирования результатов лечения больных с диффузным токсическим зобом нами учитывались ряд осложнений раннего и позднего послеоперационного периода, их продолжительность, потребность в применении дополнительных методов лечения и подключение контрольного наблюдения других специалистов.

Одним из грозных осложнений операций на щитовидной железе является интра- и послеоперационное кровотечение. Данный вид осложнения был отмечен нами у 26(14,0%) больных контрольной группы. В 3(1,02%) случаях источником кровотечения были подкожные вены, в 18(6,1%) случаях - оставленная часть ткани щитовидной железы, в 5 (1,7%) случае кровотечение из ветвей верхней щитовидной артерии. Кровотечение возникло у 21(7,2%) пациентов после резекции щитовидной железы по Николаеву и у 5(1,7%) пациентов после тотальной тиреоидэктомии.

Кровотечение из оставшейся ткани щитовидной железы во всех случаях была среди больных III подгруппы. Кровотечение из подкожной вены в 1 случае было у больного из I подгруппы и в 2 случаях среди больных II подгруппы. Кровотечение из ветвей верхней щитовидной артерии в 1 случае было среди больных III подгруппы, у 3 больных II подгруппы и у 1 больного из I подгруппы.

У 28(9,6%) пациентов на 1-е сутки после операции отмечалась охриплость голоса или афония, утомляемость при разговоре, умеренное затруднение при дыхании, поперхивание после приема жидкой пищи, иногда приступообразный сухой кашель. При проведении отоларингологом не прямой ларингоскопии, у 15(5,1%) больных выявлен парез правой голосовой складки, у 7(2,4%) парез левой голосовой складки, двухсторонний парез у 4(1,4%) больных, парез правой голосовой складки и паралич левой голосовой складки у 2(0,7%) пациента.

Нарушение подвижности голосовых складок у двух (0,68%) пациенток сочеталось с явлениями гипопаратиреоза. При этом, у одной из них был диагностирован парез левой голосовой складки, у другой - двухсторонний паралич. Однако, некоторое снижение уровня ионизированного кальция, без клинической картины гипопаратиреоза, отмечалось после операции у всех больных с парезом голосовых складок.

У 42(14,3%) пациентов на 3–5 сутки после операции развился гипопаратиреоз. При этом на фоне снижения уровня кальция крови у больных отмечались парестезии, а также судороги мышц конечностей и лица. Послеоперационный гипопаратиреоз выявлен у 28(9,6%) пациентов после резекции щитовидной железы по Николаеву и у 14(4,8%) пациентов после тотальной тиреоидэктомии.

На основании клинико-гормонального обследования, проведенного в сроки от 1 до 5 лет у больных контрольной группы, было установлено, что у 29(9,9%) пациентов развился рецидив тиреотоксикоза, у 225(76,8%) пациентов достигнут гипотиреоз и лишь у 39(13,3%) пациентов сохранялось эутиреоидное состояние. При этом рецидив тиреотоксикоза у двух пациентов был выявлен через 2 года после операции. В среднем послеоперационный гипотиреоз развивался через $4,07 \pm 2,67$ месяцев после операции.

В целом больных контрольной группы были зарегистрированы 186 записей по констатации послеоперационных осложнений в раннем и в позднем периодах.

При сравнительном анализе этих патологических состояний, следует отметить, что среди больных I подгруппы преобладающими случаями были гипопаратиреоз и гипокальциемия (по 33,3% случаев), которые носили преходящий характер и не требовали применения специальной медикаментозной терапии. По 2 случая распределено между такими осложнениями как кровотечение, дисфония, нагноение раны и рецидив заболевания.

У больных II подгруппы так же преобладающими были нарушения, связанные с гипокальциемией и гипопаратиреозом (в 21,6% случаев). В половине случаев они носили характер не требующие специального медикаментозного лечения. Такое же количество случаев можно отнести и к рецидиву заболевания, которое свидетельствовало о неудовлетворительном результате лечения. Дисфония была диагностирована у 13,7% больных, нагноение раны – у 11,8% и кровотечение - у 9,8% больных.

В III подгруппе больных характер послеоперационных осложнений носил более стабильный характер и в большинстве случаев требовал применения медикаментозного лечения.

Так, послеоперационное кровотечение было отмечено у 19(17,1%) больных. При этом у 23 больных (20,7%) было диагностировано развитие гипопаратиреоза с гипокальциемией, требующие серьезного медикаментозного лечения. У 19(17,1%) больных были диагностированы дисфонические

расстройства. Рецидив заболевания диагностирован у 16 больных (14,4%), а нагноение послеоперационной раны – у 11 больных (9,9%).

Дополнением к данным сведениям, нами проанализирован клинический материал по регистрации в протоколе операции случаев интраоперационных кровотечений. В результате такого анализа было выявлено, что в 85,9% случаев среди больных III подгруппы с перечисленными выше осложнениями в процессе выполнения операции были зарегистрированы случаи интраоперационного кровотечения.

Мы намеренно акцентируем внимание на данном факте, так как считаем его в определенной степени причиной развития пускового механизма всей цепочки патологических процессов, происходящих среди больных после операции на щитовидной железе.

Естественно, что в условиях усложнения визуального контроля техники операции, что имеет место быть при интраоперационном кровотечении, зачастую требует применение электрокоагуляции паренхимы что неминуемо приводит к ряду других видов осложнений.

Анализ собственного клинического материала и сопоставление его с данными литературных источников, следует отметить, что большинство сведений в проведенных исследованиях, акцент, связанный с кровотечением, сводится к оценке его в послеоперационном периоде. При этом, большинство исследователей, на наш взгляд, не уделяют достаточного внимания на возникающее интраоперационное кровотечение, которое имеет одну из ключевых моментов в развитии последующей цепочки патологических процессов, связанных с послеоперационными осложнениями, и соответственно определяют исход лечения в целом. Основной причиной такого подхода связано с вопросами техники выполнения оперативного вмешательства. Однако, статистика наших исследований показала, что у больных с другими видами осложнений в технике выполнения хирургического вмешательства было отмечено интраоперационное кровотечение.

Так, например, известно, что основной причиной нарушения подвижности голосовых складок является повреждение их в ходе операции возвратных гортанных нервов. Этому может способствовать следующие факторы: нарушение топографоанатомических взаимоотношений при значительном увеличении или деформации щитовидной железы; при повторной операции в случае рецидивного диффузного токсического зоба; при анатомической близости возвратного гортанного нерва с лигируемой нижней щитовидной артерией; недостаточном гемостазе или чрезмерном применении электрокоагуляции.

Однако нарушение подвижности голосовых складок может возникнуть и в том случае, когда опытный хирург прослеживает ход возвратного гортанного нерва вплоть до его входа в гортань. При этом причиной послеоперационного нарушения подвижности голосовых складок может быть сдавление нервов вследствие отека, гематомы или вовлечения возвратного гортанного нерва в рубцовый процесс.

Воздействие определенных факторов, которые влияют на недостаточность спонтанного гемостаза, создает ряд сложных моментов и формирует цепочку патогенеза развития послеоперационных осложнений у больных с диффузным токсическим зобом.

Интраоперационное кровотечение, с учетом не больших размеров раневой поверхности, создает сложные визуальные условия для выполнения операции. Это в свою очередь может быть причиной к неполноценной резекции щитовидной железы с оставлением большого массива ткани, которая в последующем способствует к развитию рецидива заболевания.

Наравне с этим сложные визуальные условия при выполнении операции, так же создают сложности в идентификации сосудисто-нервных образований щитовидной железы и самих паращитовидных желез тоже. Данный блок приводит к повышению травматичности и высокому риску повреждения сосудисто-нервных образований щитовидной железы. Это является одной из главных причин развития дисфонических расстройств.

С другой стороны, сложность в идентификации топографии паращитовидных желез во время резекции щитовидной железы может быть причиной развития в послеоперационном периоде гипопаратиреоза и гипокальциемии.

В сложности в гемостазе во время операции на щитовидной железе приводит к чрезмерному применению электрокоагуляции органа. Это опять же является частой причиной повышения травматичности и возможности повреждения сосудисто-нервных образований щитовидной железы с развитием дисфонических расстройств в послеоперационном периоде.

Подобный механизм развития послеоперационных осложнений возможен так же при повторном вмешательстве на щитовидной железе с целью остановки кровотечения. Данный виток патогенеза относится к послеоперационному кровотечению или образованию гематомы.

В частности, в случае с последним, сформированная гематома может сдавливать трахею при условии ее предшествующей трахеомалиции и наравне с этим, гематома может провоцировать вегетативные расстройства вследствие сдавления сосудисто-нервных пучков в области шеи. Компрессионный характер повреждения сопровождается дыхательными расстройствами, стабильным кашлем, которые невозможно купировать медикаментозно. Соответственно и в первом, и во втором случае требует повторное хирургическое вмешательство, что опять же, как и описывалось выше, повышает травматический фактор. Так же повышается вероятность нагноения послеоперационной раны, что также снижает вероятность достижения положительных результатов хирургического лечения диффузного токсического зоба.

Таким образом, замыкается круг патогенетической цепочки развития послеоперационных осложнений между интраоперационными и послеоперационными осложнениями после хирургических вмешательств на щитовидной железе. И это доказывает о своеобразных изменениях в системе спонтанного гемостаза у больных с диффузным токсическим зобом. Соответственно поставленным целям и задачам нам представляется, что поиск адекватного решения возможен при условии оценки основных влияющих факторов на эти патогенетические расстройства.

Выводы

1. Интраоперационное кровотечение при хирургическом лечении диффузно токсического зоба, имеет одну из ключевых моментов в развитии последующей цепочки патологических процессов, связанных с послеоперационными осложнениями, и соответственно определяют исход лечения в целом.
2. Интраоперационные и послеоперационные осложнения у больных диффузно токсическим зобом имеют прямую корреляционную зависимость от сроков длительности применения больными тиреостатической терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бирюкова, Е.В. Гипотиреоз: клиника, диагностика, подходы к терапии / Е.В. Бирюкова, М.В. Шинкин // Терапия. - 2017. - № 7. - С. 110-115.
2. Русских Е.С. Состояние проблемы йододефицита в разных странах мира на современном этапе / Е.С. Русских, А.И. Эмираджиева, С.В. Иванов // Modern Science. - 2019. - № 5-2. - С. 40-44.
3. Пашенцева А.В., Вербовой А.Ф. Диффузный токсический зоб. Клиническая медицина. 2017;95(9):780-8. DOI: 10.18821/0023- 2149-2017-95-9-780-788
4. Хамроев У.П., Мирходжаев И.А. Қалқонсимон безида операция ўтказилган беморларда ҳаёт сифати. Биология и интегративная медицина. - Бухара, 2021. - № 5 (52). - С. 23-33.
5. Хамдамов Б.З., Хамроев У.П. Оценка системы перекисного окисления липидов и антиоксидантов системы крови оперативных вмешательствах в эндокринной практике . Андижон - 2022. - С. 783-785.
6. Хамдамов Б.З., Хамроев У.П., Хамдамов А.Б. Характеристика перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у больных диффузно токсическим зобом на фоне корригирующей терапии // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2022. - № 3 (136). - С. 118-123.
7. Vital D., Morand G.B., Meerwein C., Laske R.D., Steinert H.C., Schmid C., et al. Early timing of thyroidectomy for hyperthyroidism in Graves' disease improves biochemical recovery. // World J Surg. 2017;41(10):2545-50. DOI: 10.1007/s00268-017-4052-1
8. Reinhart H.A., Snyder S.K., Stafford S.V., Wagner V.E., Graham C.W., Bortz M.D., et al. Same day discharge after thyroidectomy is safe and effective. // Surgery. 2018;164(4):887-94.
9. Bakhtiyor Zarifovich Hamdamov, Uktam Pirnazarovich Hamroev, Ilhom Bakhtiyorovich Hamdamov. Assessment of efficiency of surgical treatment of the diffusion toxic craw. Europe's Journal of Psychology, 2021, Vol. 17(3), 123-127. <https://doi.org/10.5982/ejop.5457>
10. Khamdamov B.Z. Indicators of immunocytocine status in purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetes mellitus. // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020 10 (7): 473-478 DOI: 10.5923/j.20201001.08

Поступила 12.10.2022

