

УДК 616.441-089-036.83

UDC 616.441-089-036.83

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ,
ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

**SOME ASPECTS OF
REHABILITATION OF PATIENTS
AFTER ESOPHAGEAL SURGERY**

Кудлай Инна Степановна, к.м.н

Kudlai Inna Stepanovna

МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Кижватов Сергей Игоревич, к.м.н.

Kijvatov Sergei Igorevich, MD

МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Кудинов Михаил Николаевич

Kudinov Michail Nikolaevich

МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

Капцова Людмила Адольфовна

Kaptzova Ludmila Adol'fovna

МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

City Hospital № 2, Krasnodar, Russia

В статье проанализированы данные по послеоперационному ведению пациентов с нодулярными образованиями в щитовидной железе с применением различных схем реабилитации

Data presented rehabilitation schemes of post-operative treatment of patients with nodular tumors in the thyroid.

Ключевые слова: РЕАБИЛИТАЦИЯ,
УЗЛОВОЙ ЗОБ

Key words: REHABILITATION,
NODULAR GOITER

Краснодарский край - густонаселенный субъект Российской Федерации, занимающий 5 место по численности и плотности и 11 место - по темпам развития и уровню жизни населения. Тем не менее, в нашем регионе отмечен высокий уровень онкологической, эндокринной заболеваемости. Нодулярные изменения в щитовидной железе отмечены у 18-30% населения [2,3,8]. В крае с населением более 5 миллионов жителей в структуре онкологической заболеваемости рак щитовидной железы находится на 6-м месте (5,6%). За последние 15 лет заболеваемость раком щитовидной железы выросла на 42% и составила 17,8 на 100 000 населения (среднероссийский показатель 5,9). В Краснодарском крае один из самых высоких показателей смертности от злокачественных новообразований щитовидной железы, составляющий 1,8 на 100 000 населения [3]. Прирост смертности за последние 15 лет составил 54,6% [3].

Оперативное лечение продолжает оставаться одним из самых востребованных при узловых заболеваниях щитовидной железы, число операций на щитовидной железе неуклонно растет [5,7]. В связи с этим практическому врачу все чаще приходится сталкиваться с проблемой рецидива узлообразования, частота которого по данным различных авторов составляет от 0,5 до 39% [2,7,9]. Повторные оперативные вмешательства, как правило, увеличивают риск послеоперационных осложнений, таких как гипотиреоз, гипопаратиреоз, парез возвратного нерва [5,8].

Цель исследования: Изучить особенности реабилитации больных, прооперированных по поводу патологии щитовидной железы, уточнить объем и характер реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: в течение последних 5 лет в эндокринологическом центре объединения, включающем отделение эндокринной хирургии, терапевтическое эндокринологическое отделение и отделение амбулаторного наблюдения и лечения (СКАЛ), было выполнено

оперативное вмешательство 2564 пациентам с заболеваниями щитовидной железы (доброкачественные и злокачественные новообразования, диффузно-узловой и диффузно-токсический зоб). В исследовательскую группу было включено 250 пациентов, перенесших гемитиреоидэктомию в условиях эндокринологического центра за период с 2007 по 2010 гг, и 46 пациентов, которым оперативное лечение в том же объеме было выполнено в других стационарах города. Пациенты, которым оперативное пособие было выполнено в центре, были переведены в дальнейшем под наблюдение в эндокринологический СКАЛ. Средний возраст выделенной группы больных – $53,0 \pm 6,2$ лет. Мужчин – 38, женщин – 258 человек. По социальному составу: служащие – 114 (38,8%), рабочие – 26(8,4%), пенсионеры – 80(27,2%), неработающие – 76 (25,6%). По характеру процесса до операции: многоузловой эутиреоидный зоб был у 65,2%, одноузловой эутиреоидный зоб – у 21,5%, диффузный токсический зоб – у 7,3% больных, диффузно-узловой токсический зоб – у 6%. Объем операции и диагноз уточнялся проведением тонкоигольной аспирационной биопсии узлового образования.

Объем операции соответствовал рекомендациям международных и Российской ассоциаций эндокринологов по диагностике и лечению диффузных заболеваний щитовидной железы (ДЗЩЖ) [5]. В исследовательской группе экстрафасциальная гемитиреоидэктомия была выполнена у 21,3% пациентов, тиреоидэктомия – у 64,3%, тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией – у 12,8%. По результатам гистологического исследования рак диагностирован в 34,1% случаев, фолликулярная аденома – у 48,4%, коллоидный зоб – у 2%, аутоиммунный тиреоидит – у 1,9%, диффузно-токсический зоб – у 13,7%. Всем пациентам с тиреоидэктомией в послеоперационном периоде была назначена полная доза заместительной терапии левотироксином, у 34,1% назначена супрессивная терапия. У пациентов с гемитиреоидэктомией по истечении

двух месяцев с момента операции после исследования гормонального статуса решался вопрос о необходимости присоединении левотироксина. Критерием обязательного назначения препарата был уровень тиреотропного гормона (ТТГ) более 4,2мкМЕ/мл. Все пациенты в зависимости от схем послеоперационного ведения были разделены на 4 группы:

1. 68 человек, у которых уровень ТТГ в послеоперационном периоде был в пределах 1,0-3,5мкМЕ/мл, методом коррекции был иодид калия в дозе 100 мкг/сутки;
2. 54 человек, у которых уровень ТТГ превысил 4,2мкМЕ/мл и которым был назначен левотироксин по заместительной схеме (среднесуточная доза колебалась в пределах 50-100 мкг);
3. 55 пациентов, которые совмещали прием левотироксина в заместительной дозе с целевыми значениями около 1,0 с приемом иодида калия 100 мкг/сутки;
4. 48 человек – группа пациентов из других лечебных учреждений города, которые попадали на осмотр в эндокринологический СКАЛ через 6-12 месяцев после оперативного вмешательства.

В первый год после операции больные приглашались на контрольный диспансерный осмотр через каждые 3 месяца, в последующем – через 6 месяцев с проведением динамического ультразвукового исследования и определением уровня ТТГ. Целевыми значениями уровня ТТГ считались 0,8-1,0мкМЕ/мл.

Результаты: В группе больных, взятых на учет сразу после операции в эндокринологический центр СКАЛ, рецидив узлового зоба в течение 3 лет наблюдения отмечен у 10 (4%) человек. В группе пациентов, которые совмещали прием левотироксина с иодидом калия, рецидив узлообразования в течение 5 лет отмечен у 3 (3,1%) человек. В подгруппе лиц, принимавших только левотироксин в заместительной дозе, рецидив

узлообразования произошёл у 4 человек (7,2%). Монотерапия иодидом калия при нормальных значениях уровня тиреотропного гормона сопровождалась возобновлением нодулярного роста в оставшейся доле щитовидной железы у 4 пациентов (5,8%).

В то же время, среди больных, пришедших в эндокринологический центр СКАЛ из других лечебных учреждений, снижение функции щитовидной железы отмечалось в 24,3% случаев, рецидив узлового зоба выявлен у 8 (12,7%) больных.

Выводы:

1. Течение первого года послеоперационного периода у пациентов, перенесших гемитиреоидэктимию по поводу узлового зоба, сопровождается развитием послеоперационного гипотиреоза в 29,1% случаев (у 68 пациентов). Позднее назначение заместительной терапии сопровождается рецидивом заболевания в 12,7% случаев.

2. Наличие реабилитационной программы с ранним назначением заместительной терапии снижает риск повторного узлообразования. Наиболее эффективной схемой является совместное назначение левотироксина в дозе, обеспечивающей уровень ТТГ в пределах 0,8-1,25мкМЕ/мл, и иодида калия 100 мкг.

Литература

1. Герасимов Г.А. Рекомендации по лечению препаратами гормонов щитовидной железы и йода. Группа Менарини, 2002. 12с
2. Дедов И.И., Свириденко Н.Ю. Вестник РАМН, 2001, №6, с.3-6
3. Дикарев А.С. Распространенность злокачественных новообразований щитовидной железы и совершенствование медицинской помощи больным . Автореферат на соиск. Уч.ст канд. мед наук . Краснодар, 2006
4. Йоддефицитные заболевания в России. Простое решение сложной проблемы./ Г.А Герасимов, В.В .Фадеев., А.Ю. Свириденко, Г.А Мельниченко, И.И. Дедов . М.: Адамант, 2002, 168 с.
5. Оленева И.Н., Ликстанов М.И., Зинчук С.Ф. Оценка эффективности фармакологической профилактики осложнений у больных , оперированных по поводу узлового коллоидного зоба. Современные проблемы науки и образования. 2005, №2, С.0-0
6. Позолков А.В.(перевод), Фадеев В.В.(редакция, комментарии, предисловие). Клинические рекомендации Американской Тиреоидологической ассоциации по диагностике и лечению узлового зоба.//«Клиническая и экспериментальная тиреоидология». 2006, №1, с.216-221
7. Фадеев В.В. Патогенетическая терапия эутиреоидного зоба.//Consilium medicum/ 2002. №10. С.516-520
8. Эндокринная хирургия /под ред. ИИ. Дедова, Н.С.Кузнецова, Г.А.Мельниченко.- М.:Литтера, 2011. 352с.
9. Alsanea O., Clarc O.H. Treatment of Graves Disease: the advantages of surgery// Endocrinol Metab Clin North Am .:2000; 29: p.321-337
10. Gharib H. Common Problems in Endocrine Surgery // Ed. J. A. van Heerden. - Chicago, 1989. P. 38-41
11. <http://www.semashko.com/articles/article40>. Значение скintiграфии щитовидной железы в диагностике функциональной автономии щитовидной железы|