

левого предсердия статистически достоверно ($p < 0,05$) коррелировали с общей длительностью некомпенсированного тиреотоксикоза.

Выводы. Ультразвуковое исследование позволило выявить у больных токсическим зобом неоднородные структурные изменения сердца в виде умеренной гипертрофии и/или дилатации полостей с относительно более частым вовлечением правого желудочка и левого предсердия. Установлена корреляционная зависимость между размерами указанных полостей сердца и длительностью некомпенсированного тиреотоксикоза, что требует своевременного адекватного лечения основного заболевания.

Васьков В.М., Морозов М.Л., Истомина Э.Ю.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ

Уральская государственная медицинская академия,
ГКБ №40 г. Екатеринбург

Выбор лечебной тактики при узловом зобе определяется во многом нерешенной проблемой. Материалом для анализа послужили 15000 больных, оперированных по поводу одно и многоузлового зоба в отделении эндокринной хирургии ГКБ №40 г. Екатеринбург за 30 лет.

• **НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ СИТУАЦИИ ДО ОПЕРАЦИИ** обусловлена следующим: - Узловой зоб является синдромом, истинный диагноз можно поставить лишь при плановом гистологическом исследовании. Тактику до операции определяют компрессия, вероятность онкологического процесса, автономия ткани и возможные осложнения.

- Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) не решает всех проблем, неопределенные заключения достигают 20-30%. Недиагностированный на дооперационном этапе рак как единственный процесс или в сочетании с другой патологией оказался у 22% из 15000 пациентов. 50% среди всех раков составляли микрокарциномы.

- Что считать рецидивом зоба? Каковы критерии для повторных вмешательств? Мы согласны с авторами, которые считают, что это есть понятия и «функциональной гиперплазии» и «болезни культей». Далеко не каждый «рецидив» подлежит операции.

- Узлы до 1 см в диаметре. Узловая трансформация или микрокарцинома? Пациентов с непальпируемыми образованиями до 1 см наблюдаем (УЗИ 6, 12 мес., в дальнейшем ежегодно), В группах риска по раку проводим ТАБ независимо от размеров, с последующим наблюдением. Выявленные микрокарциномы оперируются.

- Узлы коллоидного зоба небольших размеров, одно и многоузловые, «дробинчатые» железы, особенно у лиц преклонного возраста, после ТАБ. наблюдаем.

- Беременные. В 1,2 триместре тактика та же, с 3 триместра наблюдаем. ТАКТИКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ:

- Экономные, расширенные, субтотальные резекции, экстирпации доли в пределах здоровой ткани при предполагающемся коллоидном зобе.

Обоснование тактики:

-Компенсация послеоперационного гипотиреоза не всегда гарантирована, поскольку чувствительность к препаратам разная, титровать дозу приходится неоднократно, особенно при слабости синусового узла, отягощенной соматической и особенно сердечнососудистой патологии. Нельзя сбрасывать со счета и экономические затраты, отдаленность лабораторий.

- Риск рецидивов преувеличен. По нашим данным истинные рецидивы, когда узлы больше 2-3см за последние 5 лет встретились в 2,2 % случаев. (84 пациента из 3851).

Во время операции обязательно проведение срочного гистологического исследования. Именно оно и определяет дальнейшую хирургическую тактику. При раке объем определяют онкологические принципы, соответственно стадии процесса, При такой тактике объем операции соответствует этиологическим принципам и 80% пациентов избегают превышения объема хирургических вмешательств.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.

-К сожалению, существующие пределы методов срочной интраоперационной диагностики пропускают 1,6% раков (на нашем материале), в таком случае больные направляются в онкоцентр и оперируются повторно.

- При раках сразу назначаются супрессивные дозы Л-тироксина

- При кистах меньше 5-7г сразу назначаем Л-тироксин с последующим титрованием дозы

Выводы:

1. ТАБ не гарантирует отсутствие онкологического процесса.
2. Одно и многоузловой зоб до 1-2 см в диаметре подлежит наблюдению, при росте и в группах риска подлежит оперативному лечению.
3. Объем операции должен соответствовать нозологии.