

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

<sup>2</sup>Матвеева Е.А., <sup>2</sup>Журун В.И., <sup>1</sup>Вижинис Е.И., <sup>2,1</sup>Боровик Е.А.,  
<sup>2</sup>Лагодич С.Н., <sup>2</sup>Гриц В.Н., <sup>2</sup>Залеская О.Г., <sup>1</sup>Шулейко А.Ч.

<sup>1</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

<sup>2</sup>УЗ «Минская областная клиническая больница»

**Введение.** Лечение доброкачественных заболеваний щитовидной железы остаётся актуальной проблемой эндокринологии. Несмотря на достижения в вопросах консервативной терапии, сохраняется высокий процент пациентов, требующих оперативного лечения.

**Цель.** Изучить результаты хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы.

**Материалы и методы.** За 2022 год на базе хирургического отделения №2 УЗ «Минская областная клиническая больница» пролечены 165 пациентов с различной патологией щитовидной железы. Пациенты с токсическим зобом и функциональной автономией узлов составили 38,8%, 52,7 % - с узловым зобом, 2,4% - с аденомой щитовидной железы, 3% - с аутоиммунным тиреоидитом, 3% - со злокачественными заболеваниями щитовидной железы.

У пациентов с узловым зобом исследовали гормональный статус (определяли уровень ТТГ, св. Т4), выполняли обязательное цитологическое исследование узлов (тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗИ контролем), а также КТ органов шеи при наличии компрессионного синдрома.

Показаниями для оперативного лечения узловых образований щитовидной железы были наличие многоузлового поражения, компрессионного синдрома и косметического дефекта.

Пациенты с токсическим зобом в стадии декомпенсации на этапе подготовки к операции проходили обследование и лечение в отделении эндокринологии. После достижения нормального значения свободного Т4 их госпитализировали в хирургическое отделение для оперативного лечения. При гипертиреозе проводили дифференциальную диагностику между функциональной автономией узлов, болезнью Грейвса, гиперфункцией щитовидной железы при аутоиммунном тиреоидите. При болезни Грейвса показаниями к оперативному лечению были недостижение медикоментозной ремиссии болезни Грейвса после 6-18 месяцев тиреостатической терапии, отказ или противопоказания к лечению методом радиойодтерапии, признаки компрессии органов шеи, сочетание болезни Грейвса с узловой патологией щитовидной железы, планирование беременности в ближайшие 6 месяцев, тяжелое течение болезни Грейвса у беременных (предпочтительно выполнить тиреоидэктомию во 2 триместре). Показаниями для оперативного лечения функциональной автономии узлов были стойкие нарушения сердечного ритма, противопоказания к приему тиреостатиков, молодой возраст пациентов.

**Результаты и обсуждение.** Объем оперативного вмешательства при узловом зобе определяли интраоперационно в зависимости от степени поражения щитовидной железы. Он предполагал либо тотальную тиреоидэктомию (поражены правая и левая доли щитовидной железы) – 69 (81,1%); гемитиреоидэктомию (поражена одна из долей щитовидной железы) – 16 (18,8%). Энуклеацию узлов не выполняли. Интраоперационно всем пациентам производили экспресс - биопсию, по результатам которой определяли окончательный объем оперативного вмешательства. Пациенты, у которых выявляли злокачественные образования щитовидной железы, для дальнейшего лечения направляли в Республиканский центр патологии щитовидной железы на базе Минского городского онкологического диспансера. У 16 пациентов впервые тиреоидэктомию выполнили с применением биполярных щипцов высокочастотного электрокоагулятора ЕК – 300М1 напряжение 66 кГц, максимальная мощность 350 Вт («Сварка», Украина). Применение последнего позволило не лигировать притоки верхней и нижней щитовидных артерий, боковые вены и артерии обеих долей щитовидной железы. Это позволило значительно сократить время выполнения операции (76±15 мин. при стандартной операции, 52±5 мин. при использовании высокочастотного электрокоагулятора). У 3 (1,8%) пациентов имело место кровотечение в раннем послеоперационном периоде. Остановлено дополнительным лигированием. Осложнений при использовании высокочастотного не наблюдали. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Высокая частота доброкачественных заболеваний щитовидной железы требует дифференциального подхода к диагностике, определению показаний и объема оперативного вмешательства. Применение современных методик при выполнении операций позволяет значительно улучшить результаты лечения.