

# Хірургічне лікування гіпертиреозу в період воєнних дій в Україні

О. Ю. Усенко <sup>1</sup>, І. П. Хоменко <sup>2</sup>, А. Є. Коваленко <sup>1,2</sup>, А. В. Варга <sup>1</sup>,  
І. П. Галочка <sup>1</sup>, Д. В. Рейзін <sup>2</sup>, А. В. Забронський <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національний науковий центр хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, Київ

<sup>2</sup> КНП «Київська міська клінічна лікарня № 8»

Гіпертиреоз — метаболічний розлад, пов'язаний із підвищеною секрецією йодовмісних гормонів щитоподібної залози (ЩЗ). На гіпертиреоз страждає 1—3 % населення (2,0 % жінок і 0,2 % чоловіків). Найчастішою причиною гіпертиреозу є хвороба Грейвса (ХГ). Іншими причинами можуть бути багатовузловий токсичний зоб і солітарна токсична аденома. За останні два роки воєнних дій в Україні зареєстровано збільшення кількості пацієнтів із гіпертиреозом, що може бути пов'язане із впливом стресу в генетично схильних осіб. Підтверджено, що психосоціальні стресорні чинники є тригерами тиреоїдної дисфункції. Хвороба Грейвса, спричинена стресом, має певні особливості: складнощі з медикаментозним контролем гіпертиреозу, велика частота рецидивів захворювання, наявність депресії. При цьому ступінь стресу корелює з клінічною, але не з біохімічною тяжкістю ХГ. Хірургічне втручання було і залишається важливим методом лікування гіпертиреозу. Однак його роль порівняно з іншими методами відрізняється. Хірургічне втручання, частіше тотальна тиреоїдектомія, забезпечує швидшу та стійкішу ремісію ендокринних порушень, ніж консервативні стратегії. Останнім часом повідомляється про виконання термінової тиреоїдектомії в пацієнтів із погано контрольованою ХГ після швидкої медикаментозної оптимізації з мінімальним хірургічним ризиком. Необхідність термінового виконання операції зумовлена складнощами медикаментозного лікування, алергією на тиреостатики, агранулоцитозом, гепатотоксичністю, вагітністю, зобом великих розмірів із компресією. Така хірургічна тактика цілком прийнятна у вітчизняних пацієнтів при стрес-індукованому гіпертиреозі. Воєнні дії та стрес можуть тривало впливати на розвиток і перебіг захворювань ЩЗ у населення України, що потребує коригування терапевтичних протоколів.

**Мета** — визначити особливості клінічного перебігу та хірургічного лікування гіпертиреозу в пацієнтів України в період воєнних дій.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 89 пацієнтів із гіпертиреозом (ХГ, багатовузловий токсичний зоб, солітарні токсичні аденоми) у клініці Національного наукового центру хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України та КНП «Київська міська клінічна лікарня № 8» у період воєнних дій в (2022—2024). Серед пацієнтів переважали жінки (83,1 %). Середній вік пацієнтів ( $48 \pm 1$ ) рік (20—83 роки). У структурі госпітального реєстру всіх тиреоїдних операцій ( $n = 376$ ) на частку втручань із приводу гіпертиреозу припадало 23,6 % ( $n = 89$ ).

**Результати.** Показання для операції були зумовлені: неефективністю тиреостатичної терапії та рецидивами, масивним збільшенням ЩЗ із симптомами компресії, бажанням завагітніти, карбімазол-індукованим агранулоцитозом, наявністю орбітопатії Грейвса, кардіологічними ускладненнями гіпертиреозу та вподобаннями пацієнта. Тиреоїдектомію виконували при ХГ, багатовузловому токсичному зобі, гемітиреоїдектомію — при солітарних токсичних аденомах. У більшості спостережень (85,4 %) планове оперативне втручання проводили за стійкого медикаментозного досягнення еутиреозу. Наш досвід лікування пацієнтів із захворюваннями ЩЗ у період воєнних дій свідчить про переважання осіб із гіпертиреозом з окупованих та прифронтових територій (59,6 % ( $n = 53$ )). За два роки війни в Україні ми відзначили збільшення кількості хворих із погано контрольованим гіпертиреозом (14,6 %), коли проведене лікування не завжди давало змогу досягти стійкого еутиреоїдного статусу до операції, що часто протребувало виконання термінових операцій, спрямованих на досягнення еутиреозу до

розвитку ускладнень. Це були пацієнти, в яких мали місце побічні ефекти тиреостатичної терапії, такі як агранулоцитоз і гепатотоксичність, відсутність реакції на високі концентрації тіонамідів, діти, вагітні та пацієнти з компресійним синдромом при зобі, що швидко зростав. У цих випадках приймали рішення щодо виконання термінової операції після проведення програми швидкої оптимізації. Швидку підготовку при погано контрольованому гіпертиреозі розпочинали не пізніше ніж за 10 днів до операції для досягнення в пацієнта клінічно еутиреоїдного статусу. Схема швидкої доопераційної оптимізації потребувала ретельного спостереження та корекції дози тиреостатиків. Крім цього, використовували низку нетіонамідних препаратів — розчин Люголя по 0,3 мл тричі на добу за схемою Пламмера,  $\beta$ -блокатори (анаприлін, бісопролол) по 20 мг/добу, стероїди (1 мг дексаметазону двічі на добу за 2—3 дні до операції), а також вітамін D (холекальциферол 4000 МО/добу) для профілактики післяопераційної гіпокальціємії. Оперативне втручання виконували за обов'язкового біохімічно підтвердженого еутиреоїдного статусу. Середня тривалість перебування в стаціонарі становила  $(48,5 \pm 0,3)$  год. У наших дослідженнях застосування протоколу прискореної доопераційної підготовки пацієнтів із гіпертиреозом, частіше при ХГ, у середньому протягом 10 днів до операції під

суворим біохімічним та гормональним контролем дало змогу стабілізувати стан пацієнтів, зменшити кровообіг ЩЗ та її розміри, знизити операційні ризики, провести оперативне втручання з мінімальними ускладненнями, частота яких статистично значущо не відрізнялася порівняно з такою при плановій операції з приводу добре контрольованого гіпертиреозу.

**Висновки.** Хірургічне втручання є методом вибору для швидкого остаточного контролю гіпертиреозу при ХГ, багатовузловому токсичному зобі, токсичній аденомі. При ХГ та багатовузловому токсичному зобі доцільним є виконання тиреоїдектомії для запобігання пізнім рецидивам захворювання. У період воєнних дій в Україні серед хворих із гіпертиреозом переважали пацієнти з ХГ, більшість яких становили внутрішньо переміщені особи з окупованих територій і жителі прифронтових міст. У більшості цих пацієнтів гіпертиреоз мав погано контрольований характер, тому була виконана термінова тиреоїдектомія із застосуванням протоколу швидкої доопераційної оптимізації. Термінове хірургічне втручання при нестабільному перебігу ХГ може бути безпечно виконане при використанні ефективних протоколів прискореної доопераційної підготовки, які передбачають застосування комбінованої лікарської терапії з використанням тіонамідів,  $\beta$ -адреноблокаторів, розчину Люголя за схемою Пламмера.