

Хірургічне лікування гіпертиреозу за період воєнних дій в Україні

О. Ю. Усенко ¹, І. П. Хоменко ², А. Є. Коваленко ^{1,2}, А. В. Варга ¹,
І. П. Галочка ¹, Д. В. Рейзін ², А. В. Забронський ²

¹ Національний науковий центр хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, Київ

² КНП «Київська міська клінічна лікарня № 8»

Хвороба Грейвса (ХГ), спричинена стресом, характеризується складністю медикаментозного контролю гіпертиреозу, частотою рецидивів, наявністю депресії. При цьому ступінь стресу корелює з клінічною, але не з біохімічною тяжкістю ХГ.

Хірургічне втручання залишається важливим методом лікування гіпертиреозу, але пов'язане з ризиком розвитку післяопераційних ускладнень (гематома, гіпокальціємія, ларингеальний парез). Сучасний розвиток хірургічних технологій дає змогу мінімізувати ризик цих ускладнень.

Останнім часом з'явилися повідомлення про виконання термінової тиреоїдектомії в пацієнтів із погано контрольованою ХГ після швидкої медикаментозної оптимізації з мінімальним хірургічним ризиком. Така хірургічна тактика цілком прийнятна у вітчизняних пацієнтів при стрес-індукованому гіпертиреозі.

Мета — визначити особливості клінічного перебігу та хірургічного лікування гіпертиреозу у вітчизняних пацієнтів, яких спостерігали в період проведення воєнних дій.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати 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 проведення воєнних дій в Україні (2022—2024). Серед пацієнтів переважали жінки (83,1 %). Середній вік хворих становив (48 ± 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. У більшості спостережень (85,4 %) планове оперативне втручання виконували за стійкого медикаментозного досягнення еутиреозу. Наш досвід лікування пацієнтів із захворюваннями щитоподібної залози в період війни свідчить про переважання хворих на гіпертиреоз з окупованих та прифронтових територій (59,6 %). За два роки проведення військових дій в Україні ми відзначили збільшення кількості хворих із погано контрольованим

гіпертиреозом (14,6 %), коли проведене лікування не завжди давало змогу досягти стійкого еутиреїдного статусу до операції. Це часто потребувало виконання термінових операцій, спрямованих на досягнення еутиреозу до початку розвитку ускладнень. У цих пацієнтів спостерігали побічні ефекти тиреостатичної терапії, такі як агранулоцитоз і гепатотоксичність, та відсутність реакції на високі концентрації тіонамідів. Швидку підготовку при погано контрольованому гіпертиреозі розпочинали не менше ніж за 10 днів до запланованої операції для досягнення в пацієнта клінічно еутиреїдного статусу. Схема швидкої доопераційної оптимізації потребувала ретельного спостереження та корекції дози тиреостатиків. Операцію в усіх випадках проводили під загальною анестезією з інтубацією, візуалізацією зворотного гортанного нерва та прищитоподібних залоз. 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 під суворим біохімічним і гормональним контролем дало змогу стабілізувати стан пацієнтів, зменшити кровообіг щитоподібної залози та її розміри, знизити обсяг оперативних втручань з мінімальною частотою ускладнень, які статистично значущо не відрізнялися від таких 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. За період воєнних дій в Україні серед спостережуваних хворих на гіпертиреоз переважали пацієнти з ХГ, більшість яких становили тимчасово переміщені особи з окупованих територій і жителі прифронтових міст. У більшості цих пацієнтів гіпертиреоз мав погано контрольований характер. Їм була виконана термінова тиреоїдектомія із застосуванням протоколу швидкої доопераційної оптимізації. Термінове хірургічне втручання при нестабільному перебігу ХГ може бути безпечно виконане при застосуванні ефективних протоколів прискореної доопераційної підготовки.