

Клинические особенности диффузного токсического зоба у мужчин

Романчишен А.Ф., Волерт В.А., Вабалайте К.В., Атабаев А.П.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»,
кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

Центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы г. Санкт-Петербурга (зав. и директор –
доктор мед. наук, проф. Романчишен А.Ф.)

Романчишен Анатолий Филиппович – доктор мед. наук, профессор, руководитель Санкт-Петербургского Центра эндокринной хирургии, зав. кафедрой госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ СПбГПМУ. Волерт Владимир Анатольевич – канд. мед. наук, врач-хирург СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». Вабалайте Кристина Викторовна – ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ СПбГПМУ. Атабаев Анвар Парахатович – врач-хирург СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница».

В работе приведены результаты сравнительного анализа тиреотоксикоза у 357 мужчин и 123 женщин. Показано, что в течение последних 30 лет число оперированных по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ) мужчин увеличилось в 2,6 раза. Тиреотоксикоз у мужчин отличался агрессивным течением, часто сопровождался кардиальными осложнениями, офтальмопатией, расстройствами половой функции, появлением фокусов злокачественного роста, распространением диффузно гиперплазированной щитовидной железы за грудину и трахею. Прекращение тиреостатической терапии приводило к быстрому рецидивированию заболевания. Повторные курсы лечения тиреостатиками повышали риск необратимости изменений в мышце сердца, нарушения регенераторных способностей и массивной лимфоидной инфильтрации тиреоидной ткани с последующим гипотиреозом. Ранее хирургическое лечение мужчин, страдавших ДТЗ, с применением модифицированной методики Т.Р. Dunhill и Е.С. Драчинской обеспечило быстрое, безопасное и надежное восстановление жизненно важных функций и выздоровление большинства оперированных мужчин и женщин.

Ключевые слова: диффузный токсический зоб, мужчины.

Clinical characteristics of a diffuse toxic goiter in men

Romanchishen A.F., Volert V.A., Vabalayte K.V., Atabaev A.P.

Dept of Hospital Surgery, Traumatology and Military Field Surgery of St. Petersburg. State Pediatric Medical University; St. Petersburg Center of Surgery and Endocrine Oncology
(Chief – Dr. Romanchishen A.F.)

Introduction. Graves disease (GD) managements are varying. More than 40% GD patients undergo surgery in Russia.

Materials and Methods. In the Centre 2920 GD patients were operated on. They made 11.7% of 24934 Thyroid (T) surgical cases during 1974–2009. This study includes 357 males (M) and 2527 females (F) observed 2–30 years after Dunhill-Drachinskaya operations (leaving 2–4 g. of some T upper pole) or thyroidectomy. Long-term results of treatment have been evaluated 2–30 years later in 336 (94.1%) males and 119 (99%) females. Statistic analysis of the data was performed using “Statistica” software.

Results. Average age made 46.2 ± 2.5 years. M (43.2 ± 1.5) were significantly ($P < 0.05$) younger than F (47.3 ± 1.8). Age of GD beginning was about 39. Duration of diseases of M was much shorter (2.1 ± 0.9 г.) than F (7.2 ± 1.9 г.). Cardiac fibrillation happened in 32.1% of M, 13.7% – in F, exophthalmia – in 44.4% of M, in 24.8% of F ($P < 0.05$). Deterioration of libido and potency has observed in 40.6% and 48.9% of M (39.1 ± 0.4). Plasmapheresis was applied in 9.4% of M, 5.8% – of F. Thyroid has neck location in 55.0% of M, 62.0% – of F. T more often extended behind of sternum and trachea in M. The indication for operations: recurrent and complicated hyperthyroidism (47.0%); compression syndrome (27.0%); allergy (7.0%); oncological risk, pregnancy (19.0%). Postoperative unilateral RLN palsy was found at 0.9%, temporary hypoparathyroidism – at 1.7%. T remnant function was stabilized per the first 12–18 months. In 2–5 years



Романчишен Анатолий Филиппович – afromanchishen@mail.ru

later euthyroid condition observed in 63.4%, postoperative hypothyroidism – at 29.8%, subclinical hypothyroidism – at 5.4%, the relapse of thyrotoxicosis – at 1.36%.

Conclusion. Clinical manifestations of M and F GD have essential differences with more aggressive course in M. Relapses of GD are rare after Dunhill-Drachinskaya T resection. Aggressive course of GD in M demands early surgical treatment.

Key words: *diffuse toxic goiter, mens.*

Введение

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) – заболевание, развивающееся в основном у женщин. Особенности клиники и хирургического лечения ДТЗ у мужчин в настоящее время изучены мало, на эту тему практически отсутствуют печатные работы [2]. Количество мужчин, страдающих ДТЗ, не так давно не превышало 10% от общего числа пациентов с этим заболеванием. Однако в литературе последних десятилетий [4] отмечается рост заболеваемости мужчин ДТЗ. Относительная редкость заболевания сопряжена с поздней его диагностикой – на стадии осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, когда тиреостатическая терапия и последующее хирургическое лечение недостаточно эффективны. Имеется ряд технических моментов резекции щитовидной железы (ЩЖ) у больных ДТЗ, нуждающихся в изучении или уточнении [5].

Цель работы – выявление особенностей клинических проявлений диффузного токсического зоба у мужчин и определение рациональной тактики лечения этой группы больных.

Материал и методы

В работе представлены результаты обследования и лечения 357 мужчин, оперированных в клинике по поводу ДТЗ в период с 1980 по 2009 г. Группа сравнения составлена из 123 женщин аналогичного возраста, страдавших ДТЗ и оперированных в клинике между 1985 и 2000 гг. Всем больным проведено общеклиническое обследование с использованием лучевых (рентгенография шеи и средостения в двух проекциях с контрастированием пищевода, по показаниям сцинтиграфия шеи технетрилом, ультрасонография шеи), иммуноферментных и морфологических исследований. Плазмаферез был применен до и после операции у 33 (9,4%) мужчин и 7 (5,8%) женщин. Отдаленные результаты

лечения были изучены в сроки от 2 до 30 лет у 336 (94,1%) мужчин и 119 (99,0%) женщин. Статистическая обработка полученных клинико-лабораторных данных была проведена с использованием программы Statistica.

Результаты и обсуждение

Всего в период с 1980 по 2009 г. в отделениях клиники кафедры госпитальной хирургии (Центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы г. Санкт-Петербурга) были оперированы 2884 больных ДТЗ. Среди них было 357 (12,4%) мужчин и 2527 (87,6%) женщин, соотношение 1 : 7. До 1980 г. этот показатель составлял 1 : 13, а в период с 1994 по 2009 г. – 1 : 5, т.е. относительное количество мужчин, оперированных по поводу ДТЗ, увеличилось в 2,6 раза. Возраст представленных больных колебался между 15 и 85 годами. Средний возраст мужчин ($43,2 \pm 1,5$ года) был значительно ($p < 0,05$) меньшим такового оперированных женщин ($47,3 \pm 1,8$ года). При этом возраст начала заболевания у мужчин и женщин был практически одинаковым ($38,2 \pm 2,5$ и $40,1 \pm 1,4$ года). Таким образом, длительность болезни до хирургического лечения у мужчин ($2,1 \pm 0,9$ года) была значительно ($p < 0,05$) короче, чем у женщин ($7,2 \pm 1,9$ года).

Наиболее часто больные ДТЗ жаловались на сердцебиение. Частое сердцебиение, подтвержденное электрокардиографически, имелось у 349 (97,8%) мужчин, что значительно ($p < 0,05$) выше данных, полученных у женщин (61,8%). На втором месте по частоте у мужчин была жалоба на чувство неритмичного сокращения сердца. При электрокардиографии у мужчин, страдающих ДТЗ, мерцательная аритмия была выявлена в 114 (32,2%) наблюдениях, что превысило частоту этого осложнения в контрольной группе женщин (13,7%) и в общей популяции больных ДТЗ (9–22%), приведенную в литературе (Левина Л.И., 1989). У мужчин в возрасте

старше 40 лет этот показатель возрос до 52,3%. Тиреотоксикоз особенно быстро способствовал появлению мерцаний предсердий у больных сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь, пороки сердца, гипертоническая болезнь, миокардиты и т.п.). Сердечная недостаточность имела место у 85 (23,9%) пациентов вскоре после начала заболевания. Ее развитие было обусловлено только тиреотоксикозом у 39 (11,1%) пациентов. У 45 (12,8%) мужчин латентно протекающие заболевания сердца декомпенсировались под действием избытка тиреоидных гормонов. В группе женщин сердечная недостаточность отмечена в 22 (18,2%) наблюдениях. Она обычно появлялась на высоте тиреотоксикоза и только на фоне предшествующей кардиальной патологии. Расстройства функции сердечно-сосудистой системы у 117 мужчин пожилого возраста нередко (38,5%) выступали на первый план, что затрудняло диагностику тиреотоксикоза. Характерным являлось быстрое развитие сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма в виде мерцательной аритмии. Последняя у 55 (32,7%) больных впервые появилась при легком или субклиническом гипертиреозе. Эти пациенты лечились от 2 до 7 мес у кардиологов, трое находились в кардиореанимации.

Второй по частоте жалобой у мужчин, страдавших тиреотоксикозом, было пучеглазие различной степени выраженности, имевшее место в 146 (40,9%) наблюдениях. Больных беспокоили слезотечение, светобоязнь, чувство давления и “песка” в глазах, отечность век. У пациентов отмечалось широкое раскрытие глазных щелей, редкое мигание, повышенный блеск глаз. При офтальмопатии средней и тяжелой степени (106 больных) имелось снижение остроты зрения, расширение сосудов склер. У 16 больных отмечен лагофтальм – невозможность сомкнуть полностью веки, что привело к изъязвлению роговицы и склер с последующим присоединением инфекционных осложнений. Эндокринная офтальмопатия отмечена при тиреотоксикозе средней степени у 68 (46,5%) и тяжелом тиреотоксикозе – у 78 (53,4%) пациентов. Средний возраст больных с эндокрин-

ной офтальмопатией был несколько меньшим ($37,0 \pm 2,0$ года), чем без таковой ($43,5 \pm 3,0$ года). Аналогичная тенденция отмечена и в отношении длительности заболевания, сопровождающегося и не сопровождающегося офтальмопатией ($1,6 \pm 0,6$ и $2,6 \pm 1,1$ года соответственно).

В группе сравнения из 123 женщин, оперированных по поводу ДТЗ, офтальмопатия выявлена в 30 (24,8%) наблюдениях, что значительно ($p < 0,05$) реже, чем у мужчин. Кроме того, признаки эндокринной офтальмопатии у женщин, в отличие от мужчин, появлялись обычно при рецидивах тиреотоксикоза (54,0% против 15,1%).

У 144 (40,6%) мужчин на фоне тиреотоксикоза имело место снижение либидо и у 174 (48,9%) – ослабление потенции. Возраст больных был небольшим и колебался между 30 и 55 годами, в среднем составил $40,1 \pm 0,5$ года. Степень тяжести тиреотоксикоза влияла на частоту появления расстройства половой функции мужчин. Так, при нейроэндокринной стадии тиреотоксикоза эти нарушения имели место у 8 (4,5%), а при висцеропатической – у 166 (95,4%) мужчин. При этом среднее содержание тестостерона, эстрадиола и лютропина в крови превышало верхний уровень нормы. По мнению А.П. Калинина (1994) [2], у больных тиреотоксикозом это обусловлено нарушением элиминации половых гормонов печенью.

Из сопутствующих заболеваний у мужчин наиболее часто встречались язвенная болезнь (9,7%), сахарный диабет первого и второго типов (4,2%). В группе женщин, больных ДТЗ, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки выявлено не было, сахарный диабет отмечен у 7 (5,8%) пациенток.

Исследование шеи показало, что ЩЖ у мужчин находилась на шее полностью в 212 (59,4%) наблюдениях, имела шейно-загрудинную локализацию 1–4-й степени [6] у 145 (40,6%) больных. У женщин диффузно гиперплазированная ЩЖ располагалась на шее чаще – в 65,1% наблюдений. Выявлена тесная корреляция между длительностью заболевания и распространением ЩЖ за грудину у мужчин ($p < 0,05$) и женщин ($p = 0,08$). Чем дольше длилась болезнь, тем большая часть щитовидной железы опускалась в сре-

достение. Быстрое распространение ЩЖ за грудину и трахею у мужчин было обусловлено большей массой и силой мышц шеи и широкой *apertura toracis superior*. Следствием этого процесса было нарастание компрессии органов шеи и средостения гиперплазированной плотной железой.

Выявлены различия, связанные с полом и тяжестью тиреотоксикоза. Более чем в половине наблюдений (56,2%) у мужчин имел место тяжелый тиреотоксикоз. Причем у мужчин до 40 лет тиреотоксикоз был тяжелым в 44,4%, а после – в 70% случаев. В группе женщин преобладали пациентки с тиреотоксикозом средней степени тяжести (55,9%), а с возрастом число больных с тяжелым гипертиреозом уменьшалось.

Таким образом, все вышеперечисленные особенности свидетельствуют о более тяжелом и агрессивном течении тиреотоксикоза у мужчин.

Традиционной консервативной медикаментозной терапией удалось ликвидировать тиреотоксикоз почти у 90% мужчин. В результате лечения практически у всех больных купированы нарушения функции сердечно-сосудистой системы, у каждого третьего отмечен регресс симптомов офтальмопатии, половая функция восстановилась у каждого четвертого пациента. Однако в среднем через $6,4 \pm 0,3$ нед после отмены тиреостатиков у больных мужчин появлялись признаки рецидива тиреотоксикоза.

Из 357 больных у 36 (10,5%) не удалось купировать симптомы тиреотоксикоза обычной тиреостатической терапией, в том числе из-за непереносимости мерказолила у 19 (5,5%) и неэффективности консервативной терапии – у 17 (4,8%) пациентов. Подготовка к операции этих больных осуществлялась при помощи экстракорпоральных методов гемокоррекции.

Среди изученных больных были выделены две подгруппы пациентов: с узлом на фоне ДТЗ и рецидивом ДТЗ. Узловые образования на фоне ДТЗ встретились у 66 (18,4%) мужчин и у 31 (25,6%) женщины. Различие статистически достоверно ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что выявление и определение характера узлов в гиперплазированной тиреоидной ткани представляло определенные

сложности ввиду недостаточной информативности таких дополнительных методов исследования как сцинтиграфия, ультразвуковое сканирование. Применение пункционной биопсии у больных ДТЗ с узлами было небезопасным, так как опухоли в гиперплазированной богато васкуляризованной тиреоидной ткани были маленькими, диаметром от 2 до 7 мм. По сути, дооперационная дифференциальная диагностика была неэффективной из-за размеров и локализации узловых новообразований, которые нередко располагались на задней поверхности ЩЖ или ретротрахеально. Узел в ЩЖ оказался карциномой у 14 (21,2%) из 66 мужчин и у 5 (16,1%) из 31 женщины. Различие по этому признаку тоже значительное ($p < 0,05$). Общим являлся факт более частого выявления узловых новообразований в ЩЖ у мужчин и женщин, страдавших ДТЗ, возраст которых превысил 40 лет. Клиническое течение рака у этих больных отличалось благоприятными особенностями. Об этом свидетельствовали небольшие размеры (Т1 и Т2 в 81,8%) обычно (90,9%) монофокальных карцином, редкое (2,2%) метастазирование в регионарные лимфоузлы, а также преобладание дифференцированных форм рака ЩЖ (фолликулярный, папиллярный, медуллярный рак).

Таким образом, узловые новообразования ЩЖ у женщин, страдавших ДТЗ, встречались чаще, чем у мужчин. Однако у последних они имели злокачественный характер значительно чаще – в 21,2% наблюдений. Учитывая вышеизложенное, считаем, что больные ДТЗ (мужчины и женщины) с выявленными узлами в ЩЖ подлежат хирургическому лечению сразу после ликвидации тиреотоксикоза и завершения предоперационной подготовки.

Основные показания к хирургическому лечению больных ДТЗ в нашей клинике принципиально не отличаются от общеизвестных [3, 8, 9, 10, 11]. К ним относятся: висцеропатическая стадия тиреотоксикоза; нестабильный эффект тиреостатической терапии и рецидивирующее течение тиреотоксикоза у больных нейрогормональной стадией тиреотоксикоза; сочетание ДТЗ с неопластическими процессами в ЩЖ; непереносимость тиреостатических препаратов; компрессия

органов шеи и средостения ЩЖ больших размеров; желание больного получить эффективное, быстрое и безопасное лечение, гарантируемое хирургом.

Быстрое, агрессивное течение тиреотоксикоза, чреватое ранними кардиальными осложнениями и относительно частым появлением фокусов злокачественного роста в диффузно гиперплазированной ЩЖ, определяет необходимость информирования об этом эндокринологов и более настойчивого предложения мужчинам, страдающим ДТЗ, хирургического лечения. Практически у всех оперированных больных имелось несколько показаний к операции, что свидетельствует о необоснованно длительном консервативном лечении и позднем направлении на операцию.

Рецидивирующий ДТЗ имел место у 19 пациентов, оперированных ранее в других клиниках. Характерной причиной рецидивирования тиреотоксикоза являлся недостаточный для данной патологии объем резекции ЩЖ, что определяло ранний возврат заболевания. С целью профилактики рецидивов тиреотоксического зоба и уменьшения вероятности гипотиреоза мы применяли модифицированную методику субтотальной резекции ЩЖ, предложенную в разные годы австралийским хирургом Т.Р. Dunhill (1908) [7] и российским профессором Е.С. Драчинской (1948) [1] или тиреоидэктомию (при офтальмопатии и при повышенном уровне рецепторов к ТТГ). Полное удаление ЩЖ на протяжении 6 лет было выполнено лишь у 36 (5,5%) из 650 больных ДТЗ при тенденции к более частому выполнению тиреоидэктомии у больных ДТЗ (от 1 до 20,0%). Еще одной тенденцией последнего десятилетия является уменьшение объема оставляемой тиреоидной ткани с 6–7 до 2–4 г с учетом уровня антител к рецепторам к ТТГ с целью снижения опасности рецидивирования заболевания.

Операция начиналась с мобилизации верхнего полюса, боковой и внутренней поверхностей менее измененной доли до тех пор, пока она не оставалась фиксированной лишь ветвями верхней щитовидной артерии. Это позволяло ревизовать и дозировать оставляемую тиреоидную ткань. Манипуляции

в трахеопищеводной борозде проводились под визуальным контролем возвратных нервов (во всех наблюдениях), ветвей нижнего гортанного нерва (примерно у каждого третьего пациента) и околощитовидных желез. Если в оставленной и удаленной ткани фокусов злокачественного роста не выявляли, верхний полюс железы фиксировали швами к 1–3 кольцам трахеи. Это улучшало гемостаз и трофику в зоне вхождения нижнего гортанного нерва в мышцы гортани. Вторая доля ЩЖ после этого удалялась. В случае обнаружения неопластических или подобных изменений в резецируемой доле ЩЖ ее остаток удалялся, а резецировалась по известной методике другая доля. При обнаружении рака ЩЖ субтотальная резекция органа дополнялась центральной диссекцией (6-я группа) и биопсией паравазальных лимфоузлов шеи (3-я и 4-я группы). В таком варианте методика резекции ЩЖ соответствует современным эндокринологическим и онкологическим требованиям [6].

Специфические осложнения в раннем послеоперационном периоде имели место у 6 (1,7%) больных. Транзиторный гипопаратиреоз встретился у 4 (1,1%), односторонний парез возвратного нерва – у 2 (0,5%) больных. У 9 (2,5%) пациентов в раннем послеоперационном периоде возникло кровотечение, преимущественно в ложе ЩЖ. Выполнена ревизия раны и остановка кровотечения. Осложнения у мужчин встретились несколько чаще, чем у женщин, из-за технических трудностей во время хирургических вмешательств, обусловленных значительным увеличением ЩЖ и ее шейно-загрудинной, ретротрахеальной локализацией. Умер в раннем послеоперационном периоде от острой сердечной недостаточности вследствие послеоперационного кровотечения в ложе железы 1 (0,3%) пациент.

Отдаленные результаты хирургического лечения мужчин изучены у 336 (94,1%) пациентов в сроки от 4 до 30 лет. В первые 1–5 мес после операции у 72 (80,0%) из 90 мужчин с мерцательной аритмией до хирургического лечения больных нормализовался сердечный ритм. Пароксизмы мерцания предсердий остались лишь у 18 (20,0%) мужчин. Явления офтальмопатии сохранились, но в мень-

шей степени по сравнению с дооперационной, у 23 (14,6%) из 158 пациентов. Половая функция восстановилась более чем у половины мужчин. Уровень половых гормонов, в среднем в 1,5 раза превышавший нормальные показатели на фоне тиреотоксикоза, снижался при достижении медикаментозного эутиреоза и нормализовался в послеоперационном периоде. Все это свидетельствовало об эффективности хирургического метода лечения ДТЗ у мужчин.

При изучении корреляций между различными характеристиками больных было установлено, что чем меньшей была длительность заболевания и моложе пациент, тем большей была вероятность нормализации сердечно-сосудистой, половой функций, снижения степени офтальмопатии.

Клиника некомпенсированного гипотиреоза после субтотальной резекции ЩЖ из 300 обследованных больных выявлена у 24 (8,0%) пациентов в сроки от 2 до 16 мес. Еще 159 (53,0%) человек принимали L-тироксин по назначению эндокринолога в связи с повышенным уровнем тиреотропного гормона. Кроме того, 117 (39,0%) пациентов гормоны ЩЖ не принимали, чувствовали себя хорошо при нормальных показателях уровня тироксина и ТТГ крови. Все 36 человек после тиреоидэктомии получали заместительную терапию и находились в эутиреоидном состоянии. Рецидив тиреотоксикоза возник у 2 (0,6%) больных. Один из них оперирован по этому поводу через три года после предыдущей операции, другой лечится тиреостатиками.

Клиника эутиреоза и гипотиреоза у женщин наблюдалась примерно с такой же частотой, что и у мужчин, и зависела от возраста пациенток и склонности тиреоидной ткани к гиперпластическим процессам. Определенные надежды на оценку последнего качества ткани ЩЖ внушает определение уровня рецепторов к ТТГ. На результаты хирургического лечения мужчин и женщин, страдавших ДТЗ, также оказывали значительное влияние длительность тиреостатической терапии и морфологические изменения тиреоидной ткани. Вероятность развития гипотиреоза в послеоперационном периоде возрастала при длительном приеме тиреостатиков,

а также появлении массивной лимфоидной инфильтрации ткани ЩЖ. У женщин лимфоидная инфильтрация наблюдалась в 6 раз чаще, чем у мужчин. Это обстоятельство в какой-то степени объясняет склонность к гипотиреозу у наших пациенток в отдаленном периоде.

Комплексная оценка отдаленных результатов с использованием нескольких субъективных и объективных критериев выявила хорошие показатели у 291 (86,7%), удовлетворительные – у 40 (11,8%), неудовлетворительные – у 5 (1,5%) пациентов.

Выводы

1. Клиническое течение ДТЗ у мужчин обычно тяжелое и агрессивное, сопровождается быстрым появлением сердечно-сосудистых осложнений, офтальмопатии наряду с выраженной диффузной гиперплазией ЩЖ, распространявшейся за грудину и в ретротрахеальное пространство. После прекращения тиреостатической терапии тиреотоксикоз у мужчин обычно рецидивировал.

2. Узловые новообразования на фоне ДТЗ у мужчин выявлялись реже, чем у женщин, однако более чем у каждого третьего пациента это был рак ЩЖ, отличающийся благоприятным течением.

3. У мужчин, страдавших ДТЗ, наблюдались нарушения половой функции в виде ослабления либидо и снижения потенции. Уровни тестостерона, эстрадиола и лютропина в разгар тиреотоксикоза значительно превышали нормальные показатели, несколько снижались при достижении медикаментозного эутиреоза и нормализовались в послеоперационном периоде у большинства пациентов.

4. Длительная медикаментозная терапия пациентов с ДТЗ приводила к тяжелому расстройству функции сердечно-сосудистой системы, нарушению регенераторных способностей ЩЖ, а также появлению очагов лимфоидной инфильтрации, что затрудняло определение оптимального количества оставшейся тиреоидной ткани и являлось одной из причин послеоперационного гипотиреоза.

5. Своевременное хирургическое лечение мужчин, страдавших ДТЗ, с применением

модифицированной методики резекции ЩЖ, предложенной Т.Р. Dunhill и Е.С. Драчинской, было эффективным, безопасным и надежным способом терапии, обеспечившим выздоровление большинства пациентов.

Список литературы

1. Драчинская ЕС. К технике субтотальной струмаэтомии у больных базедовой болезнью. Вестник хирургии. 1948;5:18-24.
2. Калинин АП. Диффузный токсический зоб у мужчин. Информационное письмо для эндокринологов, терапевтов, хирургов. М., 1994. 14 с.
3. Котова ГА. Диффузный токсический зоб. В кн.: Клиническая эндокринология. СПб.: Питер, 2002:131-150.
4. Натаров ВВ, Цариковская НГ, Караченцев ЮИ, Чапай ИИ. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба у лиц пожилого и старческого возраста. 2-й Всероссийский съезд эндокринологов: тез. докл. Челябинск, 1991:278.
5. Пантелеев ИВ, Кириллов ЮБ, Чумаченко ПА, Аристархов ВГ. Морфофункциональное обоснование объема резекции щитовидной железы при диффузном токсическом зобе. Современные аспекты хирургической эндокринологии. Саранск, 1997:209-212.
6. Романчишен АФ. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб.: ИПК Вести, 2009:647.
7. Dunhill TP. Surgical treatment of exophthalmic goiter. Aust Med Congress. 8th session, Melbourne. 1908;1:365-372.
8. Ladenson PW, Singer PA, Ain KB et al. American Thyroid Association Guidelines for Detection of Thyroid Dysfunction. Arch Intern Med. 2000;160:1573-1575.
9. Romaldini JH. Case selection and restrictions recommended to patients with hyperthyroidism in South America. Thyroid. 1997;7(2):225-228.
10. Tominaga T, Yokoyama N, Nagataki S et al. International differences in approaches to ¹³¹I therapy for Graves' disease: case selection and restrictions recommended to patients in Japan, Korea, and China. Clin Endocrinol (Oxf). 1998; 49(1):21-28.
11. Walsh JP. Management of Graves' disease in Australia. Aust N Z J Med. 2000;30(5):559-566.

Подписка



на научно-практический журнал “КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ТИРЕОИДОЛОГИЯ”

на 2013 год Выходит 4 раза в год

Подписные индексы и стоимость подписки в каталоге Роспечати на полгода (два номера) – 200 рублей (индекс 80261).

Кроме того, подписку на год, на любое полугодие или на 1 мес можно оформить непосредственно в Издательском доме Видар-М, а также на нашем сайте (<http://www.vidar.ru>).

Контакты по вопросам подписки и приобретения

Тел./факс: (495) 589-86-60, 768-04-34, 912-76-70; e-mail: info@vidar.ru <http://www.vidar.ru>
Почтовый адрес: 109028 Москва, а/я 16, Издательский дом Видар-М.
Для посетителей: Москва, ул. Станиславского, д.25
Часы работы: с 10 до 18, кроме выходных и праздничных дней.