

Винахід відноситься до медицини, а зокрема, до ендокринної хірургії і може використовуватись для лікування гіпотиреозу у хворих після хірургічного лікування двобічного багатовузлового зобу.

Відомі способи лікування даного захворювання шляхом екзогенного введення в організм природних або ж синтетичних гормональних препаратів. Також відомі і хірургічні способи лікування гіпотиреозу, які заключаються в трансплантації шматочків аlogenної тканини щитоподібної залози як консервованої так і нативної, або ж у вигляді культури тканин (Чуйко В.А. Криоконсервация и трансплантация щитовидной железы. В.кн. Трансплантация органов / Ред. В.И.Шумаков. - Львов. - 1990. - С.242-243.; А.С.№1572546, СССР, МКИ А61В17/00, 1990; Пат. №2150947 С1, RU, МПК7 А61Р5/00, 2000).

Проте, всі ці способи є недостатньо ефективні.

За прототип авторами взятий спосіб лікування післяопераційного гіпотиреозу шляхом трансплантації незмінених фрагментів щитоподібної залози в підшкірну жирову клітковину передньої черевної стінки (Шевердин Ю.П. Аутоотрансплантация ткани щитовидной железы с целью профилактики послеоперационного гипотиреоза // Вестник хирургии. - 1977. - №5. - С.8-11).

Недоліками даного способу є те, що аутоотрансплантація здійснюється відразу ж після оперативного втручання, коли ще немає патогістологічного заключення препарату, що в даний час не виключає онкологічної небезпеки. Трансплантація ж в підшкірну клітковину, яка слабо васкуляризована, зменшує кровопостачання аутоотрансплантату.

В основу даного винаходу поставлено задачу розробити спосіб лікування післяопераційного гіпотиреозу, в якому б шляхом аутоотрансплантації попередньо криоконсервованої тканини щитоподібної залози досягався еутиреоїдний стан та, одночасно, забезпечувалась онкологічна безпечність трансплантату та підвищувалась ефективність лікування двобічного багатовузлового зоба.

Поставлена задача досягається тим, що в способі, який заключається в аутоотрансплантації незмінних фрагментів тканини щитоподібної залози, згідно з винаходом, використовують попередньо криоконсервовані фрагменти, які були викреслені з препарату одразу після тиреоїдектомії з приводу багатовузлового зоба, а трансплантацію здійснюють через 4-7 діб (після патогістологічного виключення онкологічного процесу) в прямий м'яз передньої черевної стінки радіальним розташуванням кожного з фрагментів в окремому м'язовому тунелі.

Така тактика аутоотрансплантації, а саме, коли фрагменти аутоотрансплантатів щитоподібної залози попередньо криоконсервуються до отримання патогістологічного заключення про те, що жоден із вузлів не містить ракових клітин, а тиреоїдна тканина без гістологічних ознак тиреоїдиту дозволяє забезпечити онкологічну безпеку трансплантату. Трансплантація ж в прямий м'яз передньої черевної стінки радіальним розташуванням кожного з фрагментів є оптимальною, оскільки окремий м'язовий тунель добре васкуляризується та створюються умови для кращого кровопостачання трансплантату.

Спосіб здійснюється наступним чином

У хворого, після проведення тиреоїдектомії або однобічної гемітиреоїдектомії з субтотальною резекцією протилежної частки щитоподібної залози з приводу двобічного багатовузлового зобу, викроюють фрагменти візуально-незміненої тиреоїдної тканини, що розташована між вузлами, нарізають пластинками розміром приблизно 5х5мм, та товщиною не більше 2мм. Пластинки тканини укладають в стерильний поліетиленовий пакет, наповнюють на 2/3 його частини 10% розчином димексиду, герметизують без доступу повітря. Пакет розміщують в морозильній камері з t° -14 $^{\circ}$ C. Після одержання патогістологічного заключення (ПГЗ) через 4-7 діб після операції, якщо жоден з вузлів не містить ракових клітин, а тиреоїдна тканина без гістологічних ознак тиреоїдиту, під місцевим знеболюванням. Деконсервація проводиться на водяній бані. Аутоотрансплантація фрагментів вагою 6-8г проводиться в прямий м'яз передньої черевної стінки через розріз 1,5-2,0см, шляхом радіального розміщення кожного шматочка тиреоїдної тканини в окремому м'язовому тунелі.

Приклад 1

Хвора Ш. 52 років. Виконана операція: лівобічна екстрафасціальна гемітиреоїдектомія, субтотальна резекція правої частки щитоподібної залози. При ревізії регіонарні лімфовузли не збільшені. Перебіг післяопераційного періоду без особливостей. Операційна рана зажила первинним натягом. Після одержання ПГЗ (макрофолікулярна аденома) на 7 добу під місцевою анестезією виконана аутоотрансплантація фрагментів тканини щитоподібної залози загальною вагою 6г за способом, який пропонують автори. Хвора компенсована. У задовільному стані виписана додому під амбулаторний нагляд. Через 2 місяці після операції - (без прийому L-тироксину) стан задовільний, набряків немає. ТТГ - 23,15МОд/мл. Через 4 місяці після операції - (без прийому L-тироксину) стан задовільний, набряків немає, вага стабільна. ТТГ - 16,72МОд/мл. Через 7 місяців після операції - (без прийому L-тироксину) стан задовільний, набряків немає, вага стабільна. ТТГ - 11,3МОд/мл; АТТГ - 12,9Е/л. Через 15 місяців після операції - (без прийому L-тироксину) стан задовільний, набряків немає, вага стабільна. ТТГ - 7,15МОд/мл; АТТГ - 2,17Е/л.

Сканування з ^{131}I , через 15 місяців після операції - відмічається виражене накопичення радіофармпрепарату ^{131}I в ділянці розташування аутоотрансплантату, що свідчить про функціонування трансплантату.

Приклад 2

Хвора Є. 26 років. Виконана операція: тиреоїдектомія. При ревізії регіонарні лімфовузли не збільшені. Операційна рана зажила первинним натягом. Після одержання ПГЗ (мікрофолікулярна аденома на фоні багатовузлового зоба). На 4 добу під місцевою анестезією виконана аутоотрансплантація фрагментів тканини щитоподібної залози (6-7г) за запропонованим методом. Хвора компенсована. У задовільному стані виписана додому. Через 2 місяці після операції - (L-тироксин - 75мкг/добу), стан задовільний, набряків немає, вага стабільна. ТТГ - 21,13МОд/мл; АТТГ - 4,5Е/л. Через 9 місяців після операції (без прийому L-тироксину) скарг немає, клінічно гіпотиреоза немає. Вага стабільна, шкіра звичайної вологості. ТТГ - 8,35МОд/мл; АТТГ - 5,2Е/л.

Сканування ^{131}I , через 11 місяців після операції - відмічається виражене накопичення радіофармпрепарату ^{131}I в ділянці розташування аутоотрансплантата.

Таким чином, даний спосіб дає можливість радикального лікування та фізіологічного відновлення гормонального гомеостазу хворих.