

УДК 616.441–006.5–089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗОБУ**В. І. Ляховський, О. П. Ковальов, М. О. Дудченко, М. І. Кравців, О. М. Люлька, І. І. Немченко**
Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава**SURGICAL TREATMENT OF GOITER****V. I. Lyakhovskiy, O. P. Kovalyov, M. O. Dudchenko, M. I. Kravtsiv, O. M. Lyuhka, I. I. Nemchenko**

Протягом останніх років відзначено тенденцію до збільшення частоти захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) [1], а також зміни структури її ураження, зокрема, зменшення частоти виявлення тиреотоксикозу та збільшення — вузлових форм зобу [2–4], з яких майже 5% — це злоякісні пухлини [5].

Деякі питання лікувальної тактики у хворих на зоб дискусійні [6], що пов'язане, передусім, з визначенням показань до хірургічного лікування тиреотоксикозу, обсягом оперативних втручань за різних форм вузлового зобу, зважаючи на онкологічний ризик та метод операції.

Мета роботи: проаналізувати хірургічну тактику та методи оперативного лікування хворих з приводу різних форм зобу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період 2004 — 2013 рр. оперовані 468 хворих з приводу зобу віком від 18 до 76 років, чоловіків — 58, жінок — 410.

Однобічний вузловий нетоксичний зоб діагностований у 163 (34,8%) хворих, багатовузловий нетоксичний — у 226 (48,3%), змішаний токсичний — у 25 (5,3%), дифузний токсичний (ДТЗ) — у 45 (9,6%), тиреотоксична аденома — у 9 (1,9%).

За результатами остаточного гістологічного дослідження аутоімунний тиреоїдит (АТ, вузлова форма) встановлений у 40 (8,5%) хворих, рак ЩЗ — у 22 (4,7%).

Показаннями до операції при вузловому зобі вважаємо діаметр вузла понад 3 см; швидке збільшення вузлів (за 6 міс на 0,5 см і більше); наявність тиреотоксикозу за умови, що призначення тиреостатичних засобів недостатньо ефективне; кісти

Реферат

Проаналізовані результати лікування 468 хворих з приводу зобу. Хірургічний доступ і обсяг оперативного втручання обирали на підставі аналізу результатів доінтраопераційного обстеження хворих. Застосування екстрафасціального методу хірургічного втручання забезпечує безкровність та радикальність операції, зменшення частоти післяопераційних ускладнень. Після операції всі пацієнти живі.

Ключові слова: щитоподібна залоза; зоб; хірургічне лікування.

Abstract

The results of treatment of 468 patients, suffering goiter, were analyzed. Surgical access and the operative intervention volume was chosen on background of analysis of the patients preoperative and intraoperative examination data. Extrafascial method of surgical intervention guarantees the blood loss absence and radicality of the operation, as well as reduction of postoperative complications rate. All the patients after the operation are alive.

Key words: thyroid gland; goiter; surgical treatment.

ЩЗ діаметром більше 2 см, які мають фіброзну капсулу і стабільно накопичують рідину; шийно—загруднинне розташування вузлового зобу; вузлова чи псевдовузлова форма хронічного АТ, що спричиняє стискання органів і структур ший та не піддається консервативній терапії; припущення про наявність раку ЩЗ за клінічними ознаками.

Показання до оперативного втручання з приводу ДТЗ: тяжкий перебіг захворювання з виникненням специфічних ускладнень тиреотоксикозу; рецидивувачий перебіг захворювання та неможливість досягнення стійкої ремісії; великий зоб (більше III ступеня), синдром стискання та деформація органів ший; косметичний дефект та наполегливе бажання хворого; припущення про рак ЩЗ за клінічними ознаками.

Підготовку до операції хворих на тиреотоксикоз проводили в умовах ендокринологічного відділення з метою нормалізації гормональної активності ЩЗ, гемодинаміки і нервово—психічного статусу.

Всі хворі оперовані у плановому порядку, після відповідної передопераційної підготовки, в стані природного або медикаментозного еутире-

озу. Значну увагу приділяли також підготовці пацієнтів до операції з приводу вузлового нетоксичного зобу за наявності супутніх серцево—судинних захворювань.

Поряд з загальноклінічними і лабораторними методами дослідження визначали гормональну активність ЩЗ за рівнем вільного тироксину, трийодтиронину та тиреотропного гормону (ТТГ); титр антитіл до ТТГ; проводили ультразвукове дослідження (УЗД) ЩЗ. Всім хворим за вогнищевого ураження ЩЗ виконували тонкоголкову аспіраційну біопсію (ТАБ), що є найбільш чутливим та специфічним інструментальним методом діагностики та диференціювання більшості злоякісних пухлин та непухлинних вогнищевих процесів ЩЗ.

До операції та у 1 — 3—ттю добу після неї контролювали рівень Ca^{2+} та P^{5+} в крові, при появі змін голосу або порушення ковтання проводили консультацію ЛОР—спеціаліста.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На підставі аналізу результатів клінічних, лабораторних, доопераційних та інтраопераційного (ци-

Оперативні втручання з приводу захворювань ЩЗ

Захворювання	Кількість хворих	Кількість операцій					
		ТЕ	ТЕ, центральна дисекція шиї	ГТЕ	ГТЕ, резекція контралатеральної частки ЩЗ	субтотальна резекція ЩЗ	субтотальна резекція частки ЩЗ
Однобічний вузловий нетоксичний зоб	163	4	–	103	44	–	12
Багатовузловий нетоксичний зоб	226	149	3	–	46	28	–
Змішаний токсичний зоб	25	14	–	–	9	2	–
Тиреотоксична аденома	9	–	–	5	3	–	1
ДТЗ	45	–	–	–	3	42	–
Разом ...	468	167	3	108	105	72	13

Примітка. ТЕ – тиреоїдектомія; ГТЕ – гемитиреоїдектомія.

тологічне та експрес–гістологічне) досліджень виконані хірургічні втручання (див. таблицю).

Методом вибору знеболення при операціях на ЩЗ вважаємо комбінований наркоз з штучною вентиляцією легень.

При вузлових формах зобу обов'язково проводили інтраопераційне гістологічне дослідження мазка – відбитка зі зрізу вузла, а також експрес–гістологічну діагностику.

З 2007 р. застосовуємо екстрафасціальний метод виділення ЩЗ з використанням прецизійних інструментів, діатермокоагуляції з візуалізацією і контролем нижніх гортанних нервів і парасито-подібних залоз, що забезпечує безкровність втручання та гарантує радикальність операції.

У теперішній час не застосовуємо методи резекції частки ЩЗ при однобічному вузловому зобі. У більшості (63,2%) таких хворих, зважаючи на онкологічний ризик, здійснюємо ГТЕ, а при локалізації вузла поблизу перешийка ЩЗ – ГТЕ та резекцію прилеглої до перешийка ділянки протилежної частки (у 27%). В усіх хворих, незалежно від форми зоба, блоком з часткою видаляємо перешийок ЩЗ. У 4 хворих при припущенні про формування вузлів в контралатеральній частці ЩЗ виконана ТЕ.

При багатовузловому нетоксичному зобі екстрафасціальна ТЕ

здійснена у 65,9% хворих, ГТЕ та резекція контралатеральної частки – у 20,4%, субтотальна резекція ЩЗ – у 12,4%. У 3 хворих за даними субопераційного цитологічного дослідження діагностований рак ЩЗ, ТЕ доповнена центральною дисекцією шиї.

З приводу змішаного токсичного зобу ТЕ виконана у 56% хворих, ГТЕ та резекція контралатеральної частки ЩЗ – у 36%, субтотальна резекція ЩЗ – у 8%; з приводу тиреотоксичної аденоми ГТЕ – у 5, ГТЕ та резекція контралатеральної частки ЩЗ – у 3, субтотальна резекція частки ЩЗ – в 1 хворого.

З 18 оперованих з приводу вузлового зобу за результатами остаточного гістологічного дослідження папілярний рак ЩЗ діагностований у 12 хворих, фолікулярний рак – у 6, з них у 13 – виконана ТЕ, у 3 – ГТЕ та резекція контралатеральної частки ЩЗ, у 2 – ГТЕ. Подальше лікування цих хворих проводили в обласному клінічному онкологічному диспансері.

При ДТЗ перевагу віддавали субтотальній резекції ЩЗ, у 3 хворих виконана екстрафасціальна ГТЕ з резекцією протилежної частки ЩЗ. Вважаємо таку операцію за умови низького рівня АТ рецепторів до ТТГ досить привабливою.

Під час оперативного втручання особливу увагу звертали на вибір оптимального хірургічного доступу,

що значною мірою забезпечує успіх операції та неускладнений перебіг післяопераційного періоду. В той же час, малопомітний (косметичний) післяопераційний рубець – один з критеріїв якості, "візитна картка" хірурга.

Застосовуємо хірургічний шийний доступ за Кохером у такій модифікації. При дифузному збільшенні ЩЗ лінію розрізу визначаємо за допомогою шовного матеріалу по наміченій раніше лінії або нижній складці на шкірі шиї, віддаваючи вузький жолобок з чіткими контурами. При деформації шиї внаслідок зобу розріз здійснюємо по проекції нижньої шийної складки на 2,5 см вище яремної вирізки. Краї розрізу при зобі II – III ступеня доходять до рівня внутрішньої третини груднини – ключично–соскових м'язів, III – IV ступеня – до їх середньої, за великого зобу – зовнішньої третини. Верхній шкірно–підшкірно–фасціальний клапоть з пересіченими та перев'язаними передніми яремними венами відшаровуємо до висоти стояння верхніх країв часток ЩЗ. Нижній клапоть відшаровуємо в тому самому анатомічному шарі до верхнього краю вирізки груднини. За подовженої шиї і розмірів зобу до III ступеня претиреоїдні м'язи розводимо, за короткої шиї і великих розмірів малорухомої ЩЗ – пересікаємо. Після видалення (резекції) ЩЗ рану промиваємо 5% роз-

чином амінокапронової кислоти, здійснюємо остаточну гемостатичну діатермокоагуляцію. Дренуємо ложе видалених часток ЩЗ двома хлорвініловими трубками перехресно і виводимо їх в латеральних відділах розрізу. Створюємо від'ємний тиск в рані за допомогою гумових спринцівок А—1. Дренажі видаляємо у 1—шу добу після операції, шви знімаємо на 4—ту добу, в останні роки накладаємо внутрішньошкірний косметичний шов. Після впровадження цієї методики такі ускладнення, як "хвороба" відшарованих клаптів, серома, гематома рани або її нагноєння, не спостерігали.

Всі пацієнти, оперовані з приводу різних форм зобу в останні 10 років, живі. Впродовж періоду дослідження післяопераційний тиреотоксичний криз не спостерігали.

Після операції транзиторний гіпопаратиреоз виник в 11 (2,4%) хворих, однобічне ураження нижнього гортанного нерва — у 10 (2,1%), верхнього — у 5 (1,1%). Більшість цих ускладнень були тимчасові, їх спостерігали у перші 5 років дослідження.

ВИСНОВКИ

1. Доступ, який ми застосовуємо під час операцій на ЩЗ, анатомічно обгрунтований, обережний, забезпечує необхідну експозицію органа, добре загоєння рани і косметичний ефект.

2. Застосування екстрафасціального методу видалення ЩЗ або її частини забезпечує візуальний контроль операції та її радикальність.

3. Оптимізація хірургічного лікування зобу дозволила уникнути операційної летальності і зменшити частоту ускладнень.

4. Отримані дані свідчать про ефективність та безпечність використаних підходів до хірургічного лікування різних форм зобу.

ЛІТЕРАТУРА

- Осадчук Д. В. Морфологічне обґрунтування вибору обсягу оперативних втручань та післяопераційної реабілітації у хворих на вузловий колоїдний зоб: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 — хірургія / Д. В. Осадчук. — Тернопіль, 2010. — 20 с.
- Морфологічні зміни тканини щитоподібної залози у хворих на йододефіцитний вузловий колоїдний зоб / М. С. Гнатюк, О. В. Шідловський, Д. В. Осадчук [та ін.] // Шпитал. хірургія. — 2010. — № 2. — С. 34 — 40.
- Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) по диагностике и лечению узлового зоба / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Г. А. Герасимов [и др.] // Диагностика и лечение узлового зоба: материалы 3—го Всерос. тиреологического конгресса. — М., 2004. — С. 5 — 12.
- American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules // *Endocr. Pract.* — 2006. — Vol. 12. — P. 63 — 102.
- Ларін О. С. Аналіз діяльності ендокринологічної служби України у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією / О. С. Ларін // *Міжнар. ендокринолог. журн.* — 2011. — Т. 35, № 3. — С. 10 — 18.
- Hegedus L. Management of simple nodular goiter: current status and future perspectives / L. Hegedus, S. J. Bonnema, F. N. Bennedbaek // *Endocr. Rev.* — 2003. — Vol. 1, N 24. — P. 102 — 132.

