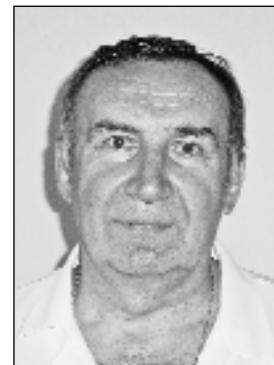


УДК 616.441–008.61–64

Досвід лікування хірургічних захворювань щитоподібної залози

Б. М. Кордоба, В. В. Ващук, Т. П. Кирик, С. Л. Кравець,
Г. О. Глемба, І. І. Мігущенко

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів



Ключові слова: зоб, рак щитоподібної залози, оперативне лікування.

Методи хірургічного лікування різнопланових захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) обирають, беручи до уваги багато чинників, провідними серед яких є: морфологічний характер гіперплазії ЩЗ, наявність чи відсутність функціональних зрушень і ускладнень, пов'язаних із зобом, тривалість та характер перебігу захворювання, вік і стать хворого. Незаперечним постулатом тиреоїдної хірургії минулого століття в лікуванні хвороби Грейвса вважали субтотальну субфасціальну резекцію щитоподібної залози за О. В. Ніколаєвим, що, на відміну від операції за методом Кохера, не тільки забезпечувала зменшення ризику ураження зворотних гортанних нервів і прищитоподібних залоз, а й за рахунок збереження частини тиреоїдної тканини давала змогу індукувати в частини пацієнтів еутиреоїдний статус. Проте нині через недостатню радикальність, особливо на тлі стрімкого зростання частоти злоякісних пухлин ЩЗ в постчорнобильський період, цей метод операції застосовують рідше. Загалом, за літературними даними, субтотальні методики резекції ЩЗ в лікуванні хвороби Грейвса не забезпечують надійної профілактики рецидиву зоба та тиреотоксикозу — основної мети хірургічного лікування цього захворювання. Отже, не викликає сумнівів доцільність застосування в разі токсичного зоба тиреоїдектомії з подальшою фармакологічною корекцією гіпотиреозу. Задля мінімізації частоти травмування голосових нервів та прищитоподібних залоз у разі екстрафасціальної тиреоїдектомії удосконалюють техніку втручання, застосовують анатомічний підхід до операції, систематичну візуалізацію, виділення та збереження функціональної цілості цих структур, у тому числі й сучасними інструментальними засобами.

Основні принципи діагностики, лікування та моніторингу тиреоїдного раку всебічно висвітлено в останніх консенсусах тиреоїдних асоціацій США і Європи за 2006 рік. Відповідно до затвер-

джених протоколів, на етапі діагностування вузлів ЩЗ клінічно значущими визнано об'ємні утвори діаметром понад 1 см, візуалізовані за допомогою ультрасонографії — першого етапу діагностичного ланцюга. Основним пунктом диференційно-діагностичного алгоритму визнано тонкоголкову пункційну біопсію, яку в разі багатовузлового ураження застосовують до домінуючих вузлів. Серед усього спектра багатокомпонентного лікування визначальну роль відводять адекватній первинній операції. За умови ствердженого раку ЩЗ до чи під час операції перевагу рекомендовано надавати тотальній тиреоїдектомії з дисекцією регіонарних лімфатичних вузлів. Однак, якщо виявлено дрібні солітарні вузли — діаметром до 1 см, без ураження лімфатичних вузлів та із сприятливим прогностичним тлом, допускається виконати гемітиреоїдектомію з низькою ймовірністю проведення остаточної тиреоїдектомії.

Мета — узагальнити власний досвід лікування пацієнтів із захворюваннями щитоподібної залози.

Матеріали і методи

Ми проаналізували результати лікування 220 хворих, прооперованих у хірургічному відділенні Клінічної лікарні Львівської залізниці за період 2004–2006 рр. із приводу захворювань щитоподібної залози. Середній вік обстежених ($50,4 \pm 1,3$) року. Чоловіків було 41 (18,6 %), жінок — 179 (81,4 %).

Результати та обговорення

Гендерно-вікова характеристика досліджуваної групи відповідала загальній тенденції переважання захворювань ЩЗ в осіб жіночої статі середньої вікової категорії. Серед нозологічних форм, із приводу яких проводилося лікування, переважали випадки нетоксичного вузлового зоба — 158 (71,8 %). У решти хворих було діагностовано: хворобу Грейвса — 36 (16,4 %) випадків, рак ЩЗ — 19 (8,6 %), автоімунний тиреоїдит — 7 (3,2 %). Розпо-



діл захворювань щитоподібної залози по роках наведено на мал. 1.

У доопераційному періоді всіх пацієнтів всебічно обстежили — відповідно до протоколу та вимог Європейського консенсусу. Найвищу діагностичну цінність з-поміж інструментальних методів дослідження мало ультразвукографічне сканування, що забезпечувало майже стовідсоткову верифікацію захворювання. Одночасно проводили кольорову доплерографію ЩЗ з визначенням типу васкуляризації та пікової швидкості кровотоку, що дало змогу істотно розширити можливості ультразвукового дослідження в разі дифузного токсичного зоба та вузлових форм ураження.

Спираючись на власний досвід і дані спеціальної літератури, визначали такі покази до оперативного втручання.

У разі токсичного зоба акцентували увагу на виразності тиреотоксикозу, резистентності до антитиреоїдних препаратів та вузловій формі зоба через високу онкологічну настороженість. За нетоксичного вузлового зоба оперативне втручання планували в разі підозри на злоякісний характер новоутвору: вузол із нерівними контурами, твердої консистенції, фіксований на місці, має тенденцію до збільшення, окрім цього, до уваги брали результати цитологічного дослідження та дані ультразвукографічного сканування.

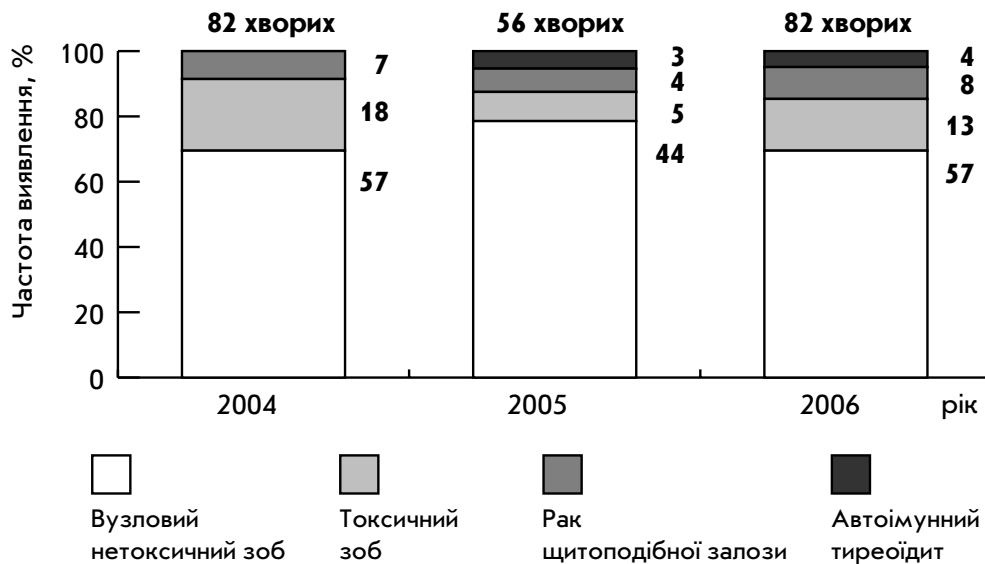
Злоякісний ріст (19 випадків) був стверджений на до- чи інтраопераційному етапах і лише у двох хворих діагноз остаточно визначили після

операції. Останні випадки послужили причиною виконання остаточної тиреоїдектомії.

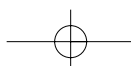
Найбільш суперечливою та нечисленною підгрупою щодо формулювання показів до оперативного втручання були хворі з автоімунними ураженнями щитоподібної залози. Проте згідно з літературними даними, брали до уваги результати пункційної біопсії, підозрюючи малігнізацію, та відсутність зменшення розміру залози після тривалої терапії L-тироксинам.

Передопераційне підготування проводили тільки в умовах стаціонару із застосуванням фізикального, лабораторного та інструментального моніторингу. Після оцінення ступеня тиреотоксикозу пацієнти з гіперфункцією ЩЗ отримували тиреостатичну терапію та β-блокатори. Окрім цього, застосовували симптоматичне лікування, призначали повноцінну дієту та ферментні препарати.

Обсяги та характер оперативних втручань визначали за особливостями патології та відповідно до вимог Європейського консенсусу. Резекцію ЩЗ виконали в 160 хворих, із них 158 мали вузловий нетоксичний зоб і двоє перебували на лікуванні з приводу раку ЩЗ. Після морфологічного ствердження злоякісного росту цим хворим виконали остаточної тиреоїдектомію. Тиреоїдектомію застосовували у 58 випадках, радикальну операцію виконали в усіх хворих із токсичним зобом (36 осіб), автоімунною формою ураження ЩЗ (7 осіб) та в переважній більшості хворих на рак ЩЗ (17 осіб; 89,5%). Усі оперативні втручання проводили виключно під ендотра-



Мал. 1. Розподіл пацієнтів, прооперованих у 2004–2006 рр., за хворобами щитоподібної залози



хеальним наркозом. Тиреоїдектомію здійснювали за екстрафасціальною методикою з ізольованим перев'язуванням артеріальних стовбурів і візуалізацією голосових нервів та прищитоподібних залоз. У ранньому післяопераційному періоді пацієнти отримували адекватне знеболення, із застосуванням наркотичних анагетиків, та за потреби симптоматичну терапію. Із першого дня пацієнтів активізували. Строки призначення та обсяги гормонозамісної терапії визначали за участю ендокринолога.

Висновки

Хірургічне лікування захворювань щитоподібної залози охоплює широкий спектр оперативних утручань, які мають відповідати принципам радикальності та мінімізації частоти субопераційних ускладнень, що досягається дотриманням засад Європейського консенсусу, застосуванням на практиці останніх досягнень тиреоїдології та прогресивних методик забезпечення операції на щитоподібній залозі.

Цитована література

1. Використання доплерографії як додаткового методу в діагностиці вузлових форм захворювання щитоподібної залози / В. Б. Доготар, Н. І. Опрюк, А. В. Варга, І. М. Слободянюк // Клініч. ендокринологія та ендокрин. хірургія.— 2005.— № 1.— С. 62–66.
2. Ларін О. С. Щодо відповідності тактики лікування раку щитоподібної залози в Україні до Європейського консенсусу 2006 року / О. С. Ларін, С. М. Черенько, М. Б. Горобейко // Там само.— 2006.— № 3.— С. 11–13.
3. Хірургічна тактика та особливості лімфаденектомії за раку щитоподібної залози / Ю. М. Стернюк, Б. Т. Білинський, О. О. Галай та ін. // Там само.— 2005.— № 4.— С. 61–67.
4. Черенько С. М. Шляхи попередження специфічних ускладнень у хірургії щитоподібної та прищитоподібної залоз // Там само.— 2006.— № 4.— С. 5–67.
5. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid cancer of the follicular epithelium / F. Pacini, M. Schlumberger, H. Dralle et al. // Eur. J. Endocrinol.— 2006.— Vol. 154, N 6.— P. 787–803.
6. Total thyroidectomy is now the preferred option for the surgical management of Graves' disease / M. S. Barakate, G. Agarwal, T. S. Reeve et al. // ANZ journal of surgery.— 2002.— Vol. 72.— P. 321–324.

Опыт лечения хирургических заболеваний щитовидной железы

Б. М. Кордоба, В. В. Ващук, Т. П. Киррик, С. Л. Кравец, Г. О. Глемба, И. И. Мигущенко

Приведены результаты хирургического лечения 220 больных с различными заболеваниями щитовидной железы. Акцентировано внимание на необходимости использования современных радикальных и безопасных операционных методик с соблюдением основных положений последних консенсусов тиреоидных ассоциаций Европы и США.

The experience of the surgical management for thyroid diseases

B. M. Kordoba, V. V. Vaschuk, T. P. Kyryk, S. L. Kravets, H. O. Hlemba, I. I. Mihuschenko

The article presents the results of the surgical management for 220 patients with different thyroid diseases. It has been highlighted the necessity of the use of modern radical and safe surgical methods with account of the basic provisions of the latest consensuses of European and American Thyroid Associations.