

УДК 616. 441 – 07–89

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВИХ ФОРМ ЗОБА

*В. І. Мамчиц, О. В. Погорелов, О. Ю. Воскобойнік**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шутика*

## MODERN ASPECTS OF NODULAR GOITER SURGICAL TREATMENT

*V. I. Mamchych, A. V. Pogorelov, O. U. Voskoboynik*

### РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати хірургічного лікування 143 пацієнтів з приводу вузлового зоба за період з 2008 по 2010 рік. Обстеження хворих проводили за стандартним клінічним протоколом та стандартами якості надання медичної допомоги хворим за наявності вузлових утворень (ВУ) щитоподібної залози (ЩЗ). Визначали вміст тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну, проводили тонкоголкову аспіраційну пункційну біопсію (ТАПБ), ультразвукове дослідження (УЗД) ділянки шиї. Морфологічне дослідження проводили під час операції з використанням методу експрес-біопсії. Проведення інтраопераційної діагностики дозволило виконати адекватне хірургічне втручання у 97,2% хворих з приводу ВУ ЩЗ.

**Ключові слова:** вузловий зоб; клініко-морфологічні форми; діагностика; хірургічне лікування.

Згідно з даними Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України від 2010 р., захворюваність населення України збільшилась майже по всіх нозологічних одиницях. У 2008 р. захворюваність становила 70285,6 на 100 тис. населення [1]. За даними статистики, кількість хворих з ВУ ЩЗ щороку збільшується [1]. Так, у 2006 р. зареєстровано 180 055 хворих на вузловий зоб (385, 2 на 100 тис. населення), що на 10,8% перевищує показники 2005 р. [2]. В Україні за 1 рік виконують майже 12000 оперативних втручань з приводу вузлового зоба [1].

Вивчення патогенетичних механізмів формування зоба свідчить про клінічну значущість захворювання, дозволяє обрати метод лікування та оцінити прогноз [3–5]. Проблема лікування вузлового зоба визначається можливістю трансформації його у злоякісну пухлину, відсутністю чітких критеріїв вибору обсягу оперативного втручання, виникненням специфічних ускладнень після операції, рецидивів зоба, які спостерігають у 30–80% оперованих [6–8]. Актуальність питання зумовлена неоднозначністю підходів до хірургічного лікування вузлових форм зоба [3–8].

Мета роботи – проаналізувати результати хірургічного лікування пацієнтів з приводу вузлових форм зоба з огляду на ризик малігнізації за сумнівних висновків цитологічного дослідження з використанням методів цитологічної та гістологічної інтраопераційної діагностики, що дозволить зменшити частоту виконання неадекватних хірургічних втручань.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений аналіз результатів лікування 143 пацієнтів, оперованих з приводу вузлового зоба за період з 2008 по 2010 р. у хірургічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні (база кафедри хірургії та проктології).

Вік пацієнтів від 35 до 55 років, у середньому 41 рік. Жінок було 126 (88,1%), чоловіків – 17 (11,1%). Тривалість існування вузлового зоба до 6 міс.

Обстеження пацієнтів проводили за стандартним клінічним протоколом ведення пацієнтів та стандар-

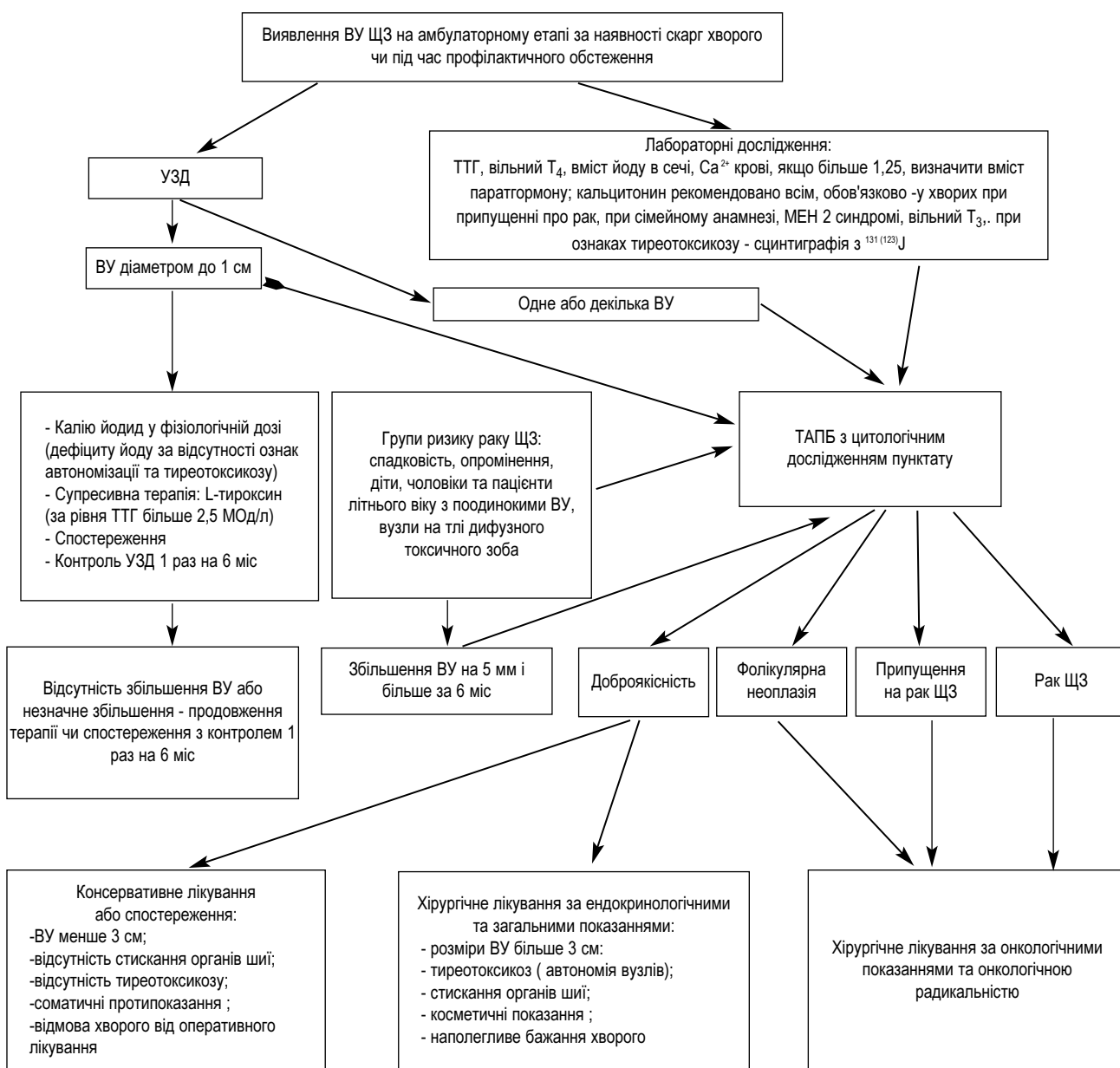
тами якості надання медичної допомоги хворим з приводу ВУ ЩЗ (див. схему).

Пацієнтам проводили загально-клінічні аналізи відповідно до протоколів передопераційного обстеження хворих перед застосуванням ендотрахеального наркозу; інструментальні методи дослідження (УЗД) ЩЗ; визначали концентрацію тиреоїдних гормонів в крові імуноферментним методом для оцінки функціонального стану ЩЗ та тиреоїдного статусу організму; проводили ТАПБ вузлів діаметром більше 1 см, менших – за показаннями: клінічні та УЗД критерії, припущення про злоякісність, спадковий анамнез щодо раку ЩЗ, синдромів множинної ендокринопатії (МЕН синдром, радіаційний анамнез), цито-

логічне дослідження пунктату для морфологічної характеристики ВУ, вміст кальцію та фосфору в крові, ЛОР – обстеження (рухомість голосових перетинок), рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини, УЗД з доплерографією ЩЗ, радіоізотопне дослідження (сцинтиграфію) ЩЗ, езофагофіброскопію, визначали функцію зовнішнього дихання.

Концентрацію кальцію в крові визначали за допомогою апарата Electrolyte Analyzer 9180, фосфору – апарата Humalyzer 2000, паратгормону – імуноферментним методом на аналізаторі Stat Fax 303 Plus.

Оперативне лікування проводили з використанням загального знеболення у вигляді ендотрахеального наркозу. Обов'язковою є передопераційна підго-



Алгоритм обстеження, лікування та спостереження за хворими з ВУ ЩЗ.

**Обсяг оперативного втручання та морфологічні зміни відповідно до остаточного висновку гістологічного дослідження**

Показник	Кількість спостережень	
	абс.	%
<b>Морфологічні зміни</b>		
Аденома ЩЗ	76	81,7
Папілярний рак ЩЗ	9	9,8
Аденоматозний зоб	3	3,2
Поєднання аденоми ЩЗ та лімфоїдної інфільтрації трахеї	5	5,4
<b>Обсяг оперативного втручання</b>		
Гемітиреоїдектомія з висіченням перешийка ЩЗ	84	90,4
Тиреоїдектомія з дисекцією шиї	9	9,6
Разом ...	93	100

товка, спрямована на корекцію порушень функції серцево-судинної, дихальної, центральної нервової систем. В передопераційній підготовці брали участь ендокринолог, кардіолог, анестезіолог. За 15 хв до початку операції внутрішньом'язово вводили розчин атропіну сульфату 0,1% 0,01 мг/кг маси тіла, розчин кетанову 1 мл. Від використання наркотичних засобів після операції відмовились, замінивши їх кетаномом, який вводили впродовж 1 – 2 діб. Для профілактики післяопераційного транзиторного гіпопаратиреозу після операції призначали препарати кальцію. Після операції усім пацієнтам призначали замісну терапію з використанням L-тироксину або еутироксу, з подальшим контролем її ефективності в динаміці.

Оптимальним доступом є комірцевоподібний розріз за Кохером. Як правило, м'язи шиї не розсікають, що дозволяє зменшити тривалість фізичної реабілітації пацієнтів і забезпечує хороший косметичний ефект. Обсяг оперативного втручання обирали залежно від результатів інструментальних досліджень, передопераційної біопсії, інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження. Показаннями до проведення інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження вважали: висновок цитологічного дослідження з припущенням про рак, непухлинні захворювання ЩЗ у пацієнтів, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС з 1969 р. народження, доброякісні пухлини ЩЗ у вагітних. Аденому ЩЗ вважали доброякісною інкапсульованою пухлиною з ознаками фолікулярно-клітинної диференціації, що відповідає класифікації ВООЗ (2004). Більшість підтипів аденоми (макро- та мікрофолікулярна, аденоліпома, оксифільна, світлоклітинна, муцинутворюча, папілярна) залишаються незмінними, використання терміну "атипова аденома" вважаємо суперечливим. Оперативне втручання виконували за екстрафасціальною методикою з візуалізацією, виділенням і збереженням поворотних гортанних нервів й прищитоподібних залоз. Це дозволяє зменшити частоту специфічних післяопераційних ускладнень. Наприкінці операції до ложа ЩЗ встановлюємо дренаж.

Після операції всі пацієнти живі. Тривалість лікування хворих у стаціонарі 5–6 днів.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За період з 2008 по 2010 р. оперовані 854 пацієнти з приводу захворювань ЩЗ. Результати ТАПБ ВУ ЩЗ з невизначеним потенціалом злоякісності отримані у 93 (65%) пацієнтів з 143, обстежених з приводу вузлового зоба, яким проводили інтраопераційне гістологічне дослідження, його результат порівнювали з даними остаточного гістологічного дослідження після операції.

За даними остаточного гістологічного дослідження аденома ЩЗ діагностована у 76 (81,7%) хворих, з них фолікулярна – у 41 (54%), мікрофолікулярна – в 11 (14,4%), макрофолікулярна – у 19 (25%), іншого підтипу – у 5 (6,6%). Папілярний рак ЩЗ виявлений у 9 (9,7%) хворих, з них у 6 – мікрокарцинома, що становило 5,5% з 162 хворих на рак ЩЗ, оперованих за період 2008 – 2010 рр.

Аденоматозний зоб діагностований у 3 (3,2%) пацієнтів, поєднання за даними гістологічного дослідження аденоми ЩЗ та лімфоїдної інфільтрації – у 5 (5,4%).

Відповідно до остаточного гістологічного висновку у 84 (90,4%) хворих виконана гемітиреоїдектомія з висіченням перешийка ЩЗ, у 9 (9,6%) – тиреоїдектомія з дисекцією шиї з приводу раку ЩЗ, що становило 6,3% з 143 хворих на вузловий зоб. Чутливість гістологічного методу диференційної діагностики вузла ЩЗ становила 80,4%, специфічність – 96,9%, загальна діагностична точність – 96,5%. Адекватне за обсягом хірургічне втручання з приводу вузлового зоба здійснене у 97,21% хворих.

В алгоритмі діагностики ВУ ЩЗ до операції виконуємо УЗД та ТАПБ. Обсяг оперативного втручання з приводу вузлового зоба визначали після проведення та отримання результату інтраопераційного гістологічного дослідження, що вирішує проблему диференційної діагностики пухлинних та непухлинних ВУ ЩЗ (див. таблицю).

## ВИСНОВКИ

1. Визначенню тактики лікування або спостереження за пацієнтами з ВУ ЩЗ має передувати проведення ТАПБ. З 143 хворих у 93 (65%) — виявлені вузли з невизначеним потенціалом злоякісності.

2. Проведення інтраопераційного гістологічного дослідження дозволяє здійснити диференційну діагностику пухлинних та непухлинних ВУ ЩЗ. У 84 (90,4%) хворих виконано гемітиреоїдектомію з висіченням перешийка ЩЗ, у 9 (9,6%) — тиреоїдектомію з дисекцією шиї з приводу раку ЩЗ, що становило 6,3% з 143 хворих на вузловий зоб.

3. За умови проведення інтраопераційного гістологічного дослідження адекватное за обсягом хірургічне втручання з приводу вузлового зоба здійснене у 97,2% хворих.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Анрі Ж. Ф. Вузловий зоб: сучасні підходи до діагностики та лікування у Франції / Ж. Ф. Анрі // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2002. — № 1 (2). — С. 80 — 81.
2. Ціборовський О. М. Захворюваність як показник стану здоров'я населення України і основні ризики її підвищення в сучасних історичних умовах : метод. рекомендації / О. М. Ціборовський. — К., 2010. — 65 с.
3. Черенько С. М. Пути предупреждения специфических осложнений в хирургии щитовидной и околощитовидных желез / С. М. Черенько // Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии. — К., 2006. — С. 46—48.
4. Товкай О. А. Спосіб профілактики та хірургічного лікування післяопераційного гіпотиреозу у хворих на багатовузловий зоб / О. А. Товкай // Хірургія України. — 2006. — № 4. — С. 73—77.
5. Стан ендокринологічної служби України в 2006 р. та підходи до розв'язання проблемних питань. — К. : МОЗ України, 2007. — 36 с.
6. Коваленко А. Є. Сучасні аспекти діагностики та лікування вузлових форм зоба / А. Є. Коваленко, М. Ю. Болгов, Ю. М. Тарасенко // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2009. — № 1 (26). — С. 51—55.
7. Черенько С. М. Сучасні тенденції в діагностиці та лікуванні вузлового зобу: досвід клініки у вирішенні дискусійних питань / С. М. Черенько // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2002. — № 1 (1). — С. 7—9.
8. Gharid H. American association of clinical endocrinologists and associazione medici endocrinology medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules / H. Gharid, E. Parini, R. Valcavi // Endocr. Pract. — 2006. — Vol. 12, N 1. — P. 63—102.

