



А. Г. Дроздова,
Н. М. Гончарова

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ РЕЦИДИВНИЙ ЗОБ

Харківський національний
медичний університет

© Дроздова А. Г.,
Гончарова Н. М.

Резюме. Проаналізовані результати лікування 59 хворих на післяопераційний рецидивний вузловий зоб. У ході дослідження у 26 (44%) хворих рецидив був розцінений як «істинний», у 33 (56%) — як «хибний». Розвиток рецидивного зобу на фоні еутиреоїдного стану спостерігалось у 37 (63%) хворих, на фоні тиреотоксикозу — у 20 (34%), на фоні гіпотиреозу — у 2 (3%). У 19 (32%) випадках було виконано гемітиреоїдектомію справа, у 17 (29%) — гемітиреоїдектомію зліва, у 12 (20%) — гранично-субтотальну резекцію щитоподібної залози із видаленням пірамідного відростка, у 6 (10%) — субтотальну резекцію щитоподібної залози, у 2 (4%) хворих — видалення пірамідного відростка, у 3 (5%) хворих — тиреоїдектомію. Вірогідність розвитку рецидиву у хворих, оперованих з приводу захворювань щитоподібної залози, залежить як від методики оперативного лікування, так і від проведення в наступному замісної терапії з індивідуальним підбором дози препаратів.

Ключові слова: щитоподібна залоза, хірургічне лікування, післяопераційний рецидивний вузловий зоб.

Вступ

За даними ВООЗ у світі щорічно зростає кількість хворих на патології щитоподібної залози (ЩЗ). Патології ЩЗ займають друге місце серед усіх захворювань ендокринної системи. Згідно статистики приріст числа захворювань ЩЗ у світі складає 5 % на рік [1]. Відмічається неухильне збільшення числа оперативних втручань з приводу різноманітних захворювань ЩЗ, а отже зростає і кількість хворих із післяопераційним рецидивним вузловим зобом (ПРВЗ) [2, 4]. За даними літератури частота виникнення рецидиву захворювання після медикаментозного лікування становить 40%, після оперативного коливається від 5 до 10% [3]. Особливу актуальність проблеми ПРВЗ надає віддзеркалення таких аспектів: відсутність загальноновизнаного визначення суті ПРВЗ, дискутабельність питань щодо факторів ризику та безпосередніх причин розвитку захворювання, відсутність єдиної класифікації, а також єдиного алгоритму діагностики та лікування ПРВЗ, неоднозначність даних літератури відносно застосування малоінвазивних технологій і, звичайно, висока частота специфічних ускладнень (параліч гортані внаслідок травм поворотних гортанних нервів із розладами фонації і функції зовнішнього дихання та гіпопаратиреоз) [5, 6].

Матеріали та методи досліджень

Були проаналізовані результати лікування 59 хворих на ПРВЗ що знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ — ЦЕМД та МК» з 2004 по 2017 рр, з них — жінок — 52 (88%), чоловіків — 7 (12%), віком від

29 до 78 років. У всіх пацієнтів рецидив захворювання мав місце вперше та усі вони раніш були оперовані у інших лікувальних закладах. Установити об'єм оперативних втручань, що передували рецидиву, не вдалося у всіх хворих. Діагностика була основана на клініко-лабораторних (загально клінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові, визначення рівнів ТТГ, Т3, Т4, антитіл до тиропероксидази та тироглобуліну) та інструментальних (рентгенографія органів ший та грудної клітки, ультразвукове дослідження ЩЗ, виконання тонкогільної аспіраційної біопсії з морфологічним дослідженням пунктату за необхідності) даних.

Результати дослідження та їх обговорення

Кажучи про ПРВЗ у даному дослідженні, приймалися до уваги усі вогнищеві утворення у раніш оперованій ЩЗ, що мали різну морфологічну структуру. Суть рецидиву полягала в тому, що патологія, з приводу якої було виконано оперативне втручання, продовжує розвиватися, або розвивається морфологічно нова патологія ЩЗ. У 26 (44%) хворих рецидив був розцінений як «істинний», у 33 (56%) — як «хибний». Під хибним рецидивом мався на увазі випадок захворювання у долі, яка не піддавалася оперативному втручання, під істинним — рецидив захворювання у раніш оперованій долі. Період від першого втручання до появи скарг складав 7-10 рр. Розвиток РЗ на фоні еутиреоїдного стану спостерігався у 37 (63 %) хворих, на фоні тиреотоксикозу — у 20 (34 %) хворих, на фоні гіпотиреозу — у 2 (3 %) хворих.

Всі хворі були прооперовані. У 19 (32%) випадках було виконано гемітиреоїдектомію справа, у 17 (29%) – гемітиреоїдектомію зліва, у 12 (20%) – гранично-субтотальну резекцію ЩЗ із видаленням пірамідного відростка, у 6 (10%) – субтотальну резекцію ЩЗ, у 2 (4%) хворих – видалення пірамідного відростка, у 3 (5%) хворих – тиреоїдектомію. Причому в усіх випадках спостерігався виражений рубцевий процес, що значно ускладнювало втручання і сприяло пошуку індивідуального підходу при кожному втручанні для здійснення ретельної ревізії області операції. Для запобігання найбільш поширених ускладнень (постійного гіпопаратиреозу та ушкодження поворотних гортанних нервів) обов'язковим етапом був інтраопераційний контроль щодо профілактики видалення парашитовидних залоз та пошкодження поворотних гортанних нервів.

За даними морфологічного дослідження у 54% (32) хворих спостерігались ізольовані вузлові зміни (причому у 6 хворих були представлені аденомою ЩЗ). У 20% (12) хворих вузлів

було більше одного. У 25% (15) відмічались дифузні зміни тканини ЩЗ. У 13 хворих (22%) спостерігався рецидив дифузного токсичного зобу, у 20 (34%) – аутоімунного тиреоїдиту.

Парезу гортані, постійного гіпопаратиреозу, нагноєння рани, кровотечі та інших ускладнень у даної групи пацієнтів зафіксовано не було.

Враховуючи результати морфологічних досліджень та гормональний фон, усім хворим після операції з приводу рецидивного вузлового зобу призначали замісну терапію L-тироксинам з індивідуальним підбором дози та рекомендували диспансерний нагляд у ендокринолога.

Висновки

Вірогідність розвитку рецидиву у хворих, оперованих з приводу захворювань ЩЗ, залежить як від методики оперативного лікування, так і від проведення в наступному замісної терапії з індивідуальним підбором дози препаратів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ванушко В.Э. Современные аспекты хирургического лечения наиболее распространенных заболеваний щитовидной железы: автореф. дисс. на соискание ученой степени д-ра мед.наук: спец. 14.00.03 «Эндокринология», 14.00.27 «Хирургия» / В.Э. Ванушко. – М., 2006. – С. 48.
2. Заривчацкий М.Ф. Диагностика и лечение рецидивного зоба / М. Ф. Заривчацкий, С.А. Денисов, С.А. Блинов, А.М. Бастанжиев // Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии: 1-й Укр-Росс. симпоз. по эндокринной хирургии с международным участием: материалы симп. – К., 2006. – С. 48-49.
3. Коваленко Ю.В. Послеоперационный рецидивный зоб: заболевание или осложнение / Саратовский научно-медицинский журнал, Саратов. – 2012. – №1 – С. 152-158.
4. Павловський І. М. Післяопераційний рецидивний зоб / І.М. Павловський, О.В. Шкідловський. – Тернопіль: ТДМУ. – 2010.- С. 9-13.
5. Черкасов В.А. Диагностика, лечение и профилактика послеоперационного рецидивного узлового зоба / В.А. Черкасов, Л.П. Котельникова, Н.Г. Полякова // Хирургия. – 2004. - №4 – С. 20-23.
6. Osmolski A. Complications in surgical treatment of thyroid diseases / A. Osmolski, Z. Frenkiel, R. Osmolski // Otolaryngol. Pol. – 2006. – Vol. 60, №2. – S. 165-170.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РЕЦИДИВНЫМ ЗОБОМ

*А. Г. Дроздова,
Н. Н. Гончарова*

Резюме. Проанализированы результаты лечения 59 больных с послеоперационным рецидивным узловым зобом. В ходе исследования у 26 (44%) больных рецидив был расценен как «истинный», у 33 (56%) — как «ложный». Развитие рецидивного зоба на фоне эутиреоидного состояния наблюдалось у 37 (63%) больных, на фоне тиреотоксикоза — у 20 (34%), на фоне гипотиреоза — у 2 (3%). В 19 (32%) случаях была выполнена гемитиреоидэктомия справа, в 17 (29%) — гемитиреоидэктомия слева, в 12 (20%) — предельно-субтотальная резекция щитовидной железы с удалением пирамидного отростка, в 6 (10%) — субтотальная резекция щитовидной железы, у 2 (4%) больных — удаление пирамидного отростка, у 3 (5%) — тиреоидэктомия. Вероятность развития рецидива у больных, оперированных по поводу заболеваний щитовидной железы, зависит как от методики оперативного лечения, так и от проведения в последующем заместительной терапии с индивидуальным подбором дозы препаратов.

Ключевые слова: щитовидная железа, хирургическое лечение, послеоперационный рецидивный узловой зоб.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH A POSTOPERATIVE RECURRENT THYROID GOITER

*A. G. Drozdova,
N. N. Goncharova*

Summary. The results of surgical treatment of 59 patients with a postoperative recurrent nodular thyroid goiter were analyzed. The study showed that in 26 (44%) patients the goiter recurrence was regarded as “true” and in 33 (56%) — as “false”. The development of a recurrent thyroid goiter against the background of euthyroidism was in 37 (63%) patients, of thyrotoxicosis — in 20 (34%), of hypothyroidism — in 2 (3%) patients. In 19 (32%) cases right hemistrumectomy was done, in 17 (29%) — left hemistrumectomy, in 12 (20%) — maximum subtotal resection of the thyroid with the resection of pyramidal process, in 6 (10%) — subtotal resection of the thyroid, in 2 (4%) — resection of pyramidal process, in 3 (5%) — thyroidectomy. A probability of the development of a recurrent thyroid goiter in patients who were operated earlier depends on the method of the surgical treatment as well as on the adequate replacement therapy.

Key words: thyroid, surgical treatment, postoperative recurrent nodular thyroid goiter.