

УДК: 616.441-089.193.4

DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2019.02.025>**ПОВТОРНІ ОПЕРАЦІЇ НА ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ****Павловський І.М.¹, Макар Р.Д.², Павловський Я.І.³***Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*¹ Кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО (зав. - проф. Матвійчук Б.О.)² Кафедра ендокринології (зав. - проф. Урбанович А.М.)³ Кафедра хірургії №1 (зав. - проф. Лукавецький О.В.)**Реферат**

Мета. Порівняти результати хірургічного лікування пацієнтів з післяопераційним рецидивом зоба за останні 6 років і періодами 1995-2000 рр. та 2001-2007 рр. і визначити ефективність зміни хірургічної тактики у бік радикалізації операційного втручання при первинній патології щитоподібної залози й при ймовірному рецидиві захворювання.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз карт стаціонарного хворого 75 пацієнтів з післяопераційним рецидивом зоба, оперованих за останні 6 років - від 2013 до 2018 р. в хірургічному відділенні №3 Обласної клінічної лікарні. Ці результати порівняли з результатами хірургічного лікування пацієнтів з післяопераційним рецидивом зоба за періоди 1995-2000 рр. і 2001-2007 рр. Враховували відносну кількість і характер рецидиву, патологію при первинній і повторній операціях, кількість післяопераційних ускладнень.

Результати й обговорення. За період від 2013 р. до 2018 р. включно оперували 75 (1,85%) пацієнтів з післяопераційним рецидивом зоба від загальної кількості 4042 пацієнтів, оперованих з приводу захворювань щитоподібної залози. 69 пацієнтів оперовані з приводу рецидиву зоба і 6 (8,0%) - з приводу повторного рецидиву зоба. Результати клінічних обстежень та заключного патогістологічного дослідження вказують на те, що не завжди рецидивує попереднє захворювання. У 30 (40,0%) пацієнтів розвинулися нові захворювання тиреоїдного залишку. Не спостерігали рецидивів дифузного токсичного зоба й аденоми, у цих пацієнтів розвинулися інші захворювання. Найчастіше, (2/3 пацієнтів) у залишеній паренхімі розвивався багатовузловий, частіше колоїдний, зоб (20 пацієнтів). Серед цих 30 хворих із новими захворюваннями тиреоїдного залишку лише у 3 (10,0%) виникли різні форми раку, а в 27 - доброякісні захворювання. Особливої уваги, на наш погляд, заслуговують пацієнти, в яких виник рецидив зоба в залишеній, структурно незмінній частці, після перенесеної багато років тому, гемітиреоїдектомії. Таких пацієнтів було 27, у всіх стверджено повне видалення частки залози при первинній операції за результатами ультрасонографічного обстеження й під час повторної операції. У частці, яка залишилася після первинної операції, при гістологічному дослідженні, переважав багатовузловий колоїдний зоб, іноді з морфологічними ознаками

підвищеної функції, іноді з фокальним тиреоїдитом. Серед пацієнтів, яким первинно була виконана гемітиреоїдектомія, у 6 виявлено рак, переважно папілярний. Після повторної операції, в залишеній частці рецидив раку виявлено у 3 пацієнтів: у 2 рецидив папілярного раку і в 1 - рецидив недиференційованого.

Висновки. Серед післяопераційних рецидивів зоба у 60,0% пацієнтів рецидивує первинне захворювання й у 40,0% - розвивається нове. У структурі нових захворювань тиреоїдного залишку у 27 (90%) пацієнтів діагностовано доброякісні захворювання й у 3 (10%) - різні форми раку. Серед 27 пацієнтів з післяопераційним рецидивом зоба, яким первинно виконана гемітиреоїдектомія, виник рецидив захворювання в залишеній незмінній частці. У 21 (77,7%) пацієнта стверджено доброякісні захворювання, а в 6 (22,3%) - різні форми раку. Хірургічне лікування захворювання щитоподібної залози має бути адекватне за обсягом, відповідно до виявленої патології, виконуватися досвідченим хірургом у спеціалізованому ендокринологічному відділенні, після ретельного обстеження пацієнта. Дотримувати сучасні стандарти і принципи хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози, які визначені провідними науковцями і клініцистами світу. Після операційного лікування доброякісних захворювань ЩЗ доцільне спостереження терапевта-ендокринолога з метою корекції гормонального статусу пацієнта, здійснення заходів вторинної профілактики. Після операційного лікування злоякісної патології ЩЗ показаний огляд онколога відповідної кваліфікації з метою можливого призначення радіоїодтерапії або інших методів лікування.

Ключові слова: щитоподібна залоза, повторні операції, післяопераційний рецидивний зоб

Abstract**REPEATED (SECONDARY) OPERATIONS ON THYROID GLAND**

PAVLOVSKIY I.M., MAKAR R.D., PAVLOVSKIY Ya.I.
The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Aim. To compare the results of surgical treatment of patients with postoperative goiter recurrence over the past 6 years and periods of 1995-2000 and 2001-2007, and to determine the effectiveness of the change in surgical procedure towards radicalization of surgical intervention

in primary pathology of the thyroid gland and in case of probable relapse.

Materials and Methods. A retrospective analysis of medical cards of 75 patients with postoperative goiter recurrence, who were operated on during the last 6 years - from 2013 to 2018, in the surgical department №3 of Lviv Regional Clinical Hospital, was conducted. These results were compared with the results of surgical treatment of patients with postoperative goiter recurrence from 1995 to 2000 and from 2001 to 2007. The relative number and nature of relapse, diagnosis in primary and repeated operations, and the number of postoperative complications were considered.

Results and Discussion. Seventy-five (1.85%) patients with post-operative goiter relapse were operated from a total of 4042 patients operated due to thyroid gland diseases from 2013 to 2018. Of the total, 69 patients were operated on for goiter recurrence and 6 (8.0%) - for relapsed recurrence of goiter. The results of clinical examinations and final histological studies indicate that the recurrence does not always occur as previous disease. In 30 (40%) patients, new thyroid disease has developed. There were no relapses of Graves' disease and adenoma, but these patients developed other diseases. In most cases (2/3 of patients) nodular colloid goiter developed in the leftover parenchyma. Among the 30 patients with new diseases of thyroid remains, only 3 (10%) had different forms of cancer, and 27 had benign diseases. Particular attention, in our opinion, must be paid to the patients who had a recurrence of goiter in the leftover structurally unchanged lobe after hemithyroidectomy performed many years ago. We observed 27 such patients; all had undergone complete removal of the lobe of the gland in the primary operation, confirmed by ultrasonography and during the re-operation. After the initial operation, histological examination showed that nodular colloidal goiter prevailed in the remaining lobe, in some cases with morphological features of elevated function, and in other cases with focal thyroiditis. Among patients with initially performed hemithyroidectomy, 6 were found to have cancer, mostly papillary. After re-operation, recurrence of cancer in the remaining lobe was detected in 3 patients: 2 relapses of papillary cancer and 1 - of undifferentiated.

Conclusions. Among postoperative goiter recurrence 60% of patients present with relapses of the primary disease, whereas 40% develop a new disease. In the structure of new diseases of the thyroid remains, 27 (90%) patients were diagnosed with benign diseases, and 3 (10%) had different forms of cancer. In 27 patients with postoperative goiter recurrence, in which hemithyroidectomy was initially performed, there was a relapse of the disease in the leftover unchanged lobe. In 21 (77.7%) patients, benign diseases were confirmed, and 6 (22.3%) had different forms of cancer. Surgical treatment of thyroid diseases should be adequate in terms of volume, according to the revealed pathology, and be performed by an experienced

surgeon in a specialized department, after thorough examination of the patient. It is important to adhere to modern standards and principles of surgical treatment of diseases of the thyroid gland determined by the leading scientists and clinicians. After surgical treatment of benign thyroid diseases, observation by an endocrinologist is expedient for correction of the patient's hormonal condition. After surgical treatment of malignant pathology, a consultation of a qualified oncologist is indicated for possible assignment of radio- or another therapy.

Key words: thyroid gland, re-operation, postoperative goiter recurrence

Вступ

Важливою проблемою сучасної клінічної тиреології був і залишається післяопераційний рецидивний зоб (ПРЗ). Незважаючи на майже вікову історію хірургії щитоподібної залози (ЩЗ) і набутий значний клінічний досвід, багато питань, які стосуються рецидиву зоба після операції, ще й досі не вирішені. Більшість дослідників відзначають зростання кількості захворювань ЩЗ, які підлягають операційному лікуванню, а отже, зростання кількості операцій і, відповідно, кількості ПРЗ [3]. За останні 5-7 років є лише поодинокі повідомлення в літературі, що стосуються післяопераційного рецидиву зоба.

Актуальність проблеми ПРЗ має 3 складові: це значна кількість специфічних і неспецифічних ускладнень після повторних операцій на тиреоїдному залишку, перш за все - парез поворотного гортанного нерва й післяопераційний гіпопаратиреоз. Технічне виконання повторної операції набагато складніше, порівняно з первинною; пацієнти значно тяжче переносять повторну операцію на ЩЗ, зокрема в психоемоційному аспекті [1, 4]. На сьогодні, загально визнаною є теза про те, що ПРЗ є результатом незадовільного хірургічного лікування хворого на зоб, наслідком технічних і/або тактичних помилок під час виконання операційного втручання на ЩЗ. Суть рецидиву полягає в тому, що продовжує розвиватися захворювання, з приводу якого, виконана первинна операція (т.зв. "справжній рецидив") або розвивається морфологічно інша або та сама патологія ЩЗ в залишеній "здоровій" частці ("несправжній

рецидив") [3, 2]. Вважаємо, що такий поділ - досить умовний, патогенетично не обґрунтований і, зрештою, не впливає на тактику лікування. Важливішими, на наш погляд, є випадки виникнення повторного захворювання, іноді злоякісного, у залишеній, ультрасонографічно й макроскопічно незмінній частці після перенесеної гемітиреоїдектомії. Частка повторних операцій на ЩЗ, за повідомленнями різних дослідників, складає від 2 до 9,2% [3, 4].

Матеріал і методи

Ми провели ретроспективний аналіз хірургічного лікування 75 пацієнтів на ПРЗ за останні 6 років - від 2013 до 2018 р. включно в міжобласному центрі хірургічної ендокринології на базі хірургічного відділення №3 Львівської обласної клінічної лікарні. 69 пацієнтів оперовані з приводу рецидиву зоба і 6 (8,0%) - з приводу повторного рецидиву зоба.

Жінок було 70, чоловіків - 5, вік пацієнтів становив від 26 до 85 років, у середньому 54,5 р. У загальній кількості первинних операцій на ЩЗ, повторні операції щорічно складали від 0,93% до 2,46% і в середньому склали 1,85% від загальної кількості 4042 хворих, оперованих з приводу захворювань ЩЗ за ці роки.

Перша операція на ЩЗ у 23 хворих була виконана з приводу вузлового колоїдного зоба або солітарної аденоми; у 16 - багатовузлового колоїдного зоба; у 13 - дифузного токсичного зоба; в 11 - раку ЩЗ, переважно папілярного; у 3 - автоімунного тиреоїдиту (АІТ) і токсичної аденоми ЩЗ. Не було відомостей про результат гістологічного дослідження у 8 пацієнтів, у 4 - про обсяг первинної операції. Відсутність цих відомостей була пов'язана, переважно, з давністю первинного хірургічного втручання, а також із нехтуванням пацієнтом значимості наданої документації.

У дослідженні не врахували шістьох пацієнтів, які надійшли в клініку з діагнозом "післяопераційний рецидивний зоб", але їх не оперували тому, що у чотирьох, після дообстеження, не виявили показань до повторної

операції, ще 2-х пацієнтів було недоцільно оперувати через поширеність і запущеність злоякісного процесу (проростання пухлини в навколишні органи, магістральні судини, наявність віддалених метастазів).

Дванадцять (16,0%) пацієнтів вперше оперовані в нашій клініці. Більшість, (63 пацієнти) вперше оперовані в інших лікувальних установах міста й області. У багатьох із них, при повторній операції виявлено залишені перешийок і/або пірамідальний відросток, що вважають за технічну помилку при виконанні операції на ЩЗ, яка є однією з основних причин виникнення ПРЗ (справжнього рецидиву). Слід зауважити, що з 4158 пацієнтів, які вперше надійшли у відділення з приводу хірургічних захворювань ЩЗ за останні 6 років, у 441 стверджено рак ЩЗ, що становить 10,6%.

Результати й обговорення

Результати клінічних обстежень та заключного патогістологічного дослідження вказують на те, що у ПРЗ не завжди рецидує попереднє захворювання. У 30 (40,0%) пацієнтів розвинулися нові захворювання тиреоїдного залишку. Не спостерігали рецидивів дифузного токсичного зоба й аденоми ЩЗ, у цих пацієнтів розвинулися інші захворювання. Найчастіше, (2/3 пацієнтів) у залишеній паренхімі ЩЗ розвивався багатовузловий, частіше колоїдний зоб (20 пацієнтів). В 11 - після вузлового колоїдного зоба та солітарної аденоми, у 8-ми - після дифузного токсичного зоба, в 1 - після АІТ.

Серед цих 30 хворих із новими захворюваннями тиреоїдного залишку лише у 3 (10,0%) виникли різні форми раку ЩЗ, а в 27 - доброякісні захворювання.

Особливої уваги, на наш погляд, заслуговують пацієнти, в яких виник рецидив зоба в залишеній, структурно незмінній частці, після перенесеної багато років тому гемітиреоїдектомії. На нашу думку, у цих пацієнтів виникло нове захворювання ЩЗ, оскільки при попередньому операційному втручанні не було показань до видалення незміненої

паренхіми залози, тобто незміненої частки.

Таких пацієнтів було 27, в усіх стверджено повне видалення частки ЩЗ при первинній операції за результатами ультрасонографічного обстеження й під час повторної операції. Серед них, при первинній операції права частка видалена у 19 (2/3 пацієнтів), ліва частка - у 8-ти. У частці, яка залишилася після первинної операції, при гістологічному дослідженні, переважав багатовузловий колоїдний зоб, іноді з морфологічними ознаками підвищеної функції, іноді з фокальним тиреоїдитом. Серед пацієнтів, яким первинно була виконана гемітиреоїдектомія, у 6 виявлено рак ЩЗ, переважно папілярний. Після повторної операції, в залишеній частці рецидив раку виявлено у 3 пацієнтів: у 2 рецидив папілярного раку і в 1 - рецидив недиференційованого. У решти 3 пацієнтів, в залишеній частці виявили: у 2 - багатовузловий зоб і в 1 - 2 фолікулярні аденоми.

Вважаємо, що ПРЗ при наявності клінічних симптомів є показанням до повторної операції. Серед показань до повторної операції переважали: компресійний синдром - 45% хворих, гіперфункція тиреоїдного залишку (рецидив багатовузлового токсичного зоба) - 30%, підозра на рак та канцерофобія у пацієнта - 25%. Пацієнтам з клінічними ознаками порушення функції ЩЗ проводили гормональні дослідження, за їх результатами призначали відповідне лікування.

Метою нашого дослідження було порівняти результати хірургічного лікування пацієнтів з ПРЗ за 3 періоди. Перший період від 1995 до 2000 року, другий - від 2001 до 2007 року і третій - від 2013 до 2018 року. Такий поділ зумовлений різними підходами до вибору обсягу та технології виконання операційного втручання. Принципово, ці періоди відрізнялися тим, що в першому методологією операційних втручань було максимальне збереження макроскопічно незміненої тиреоїдної паренхіми, з метою уникнення післяопераційного гіпотиреозу. У другому періоді, основними принципами хірургічного лікування були безпечність операційного втручання та

радикальне видалення зміненої тиреоїдної тканини, як прийнято за стандарт хірургічного лікування зоба провідними науковцями і клініцистами в усьому світі. У третьому періоді дослідження (від 2013 р. до 2018 р.) ми ставили собі за мету порівняти результати хірургічного лікування пацієнтів з ПРЗ з першим і другим періодами і визначити ефективність зміни хірургічної тактики у бік радикалізації операційних втручань, як при первинній хірургічній патології ЩЗ, так і по відношенню до рецидиву її захворювань, оскільки методологія, техніка і тактика операційних втручань на ЩЗ, за цей час, не змінилася.

За перший період частота ПРЗ щорічно складала від 2,04% до 5,2% (3,11% у середньому); за другий період - від 1,91 до 3,93% (2,63% у середньому) і за останній період від 0,93 до 2,46% (1,85% у середньому). Кількість повторних рецидивів зоба за перший період становила 12, за другий - 1, за останній - 6. При детальному розгляді цих 6-ти пацієнтів з повторним рецидивом зоба, встановлено, що три пацієнти оперовані в 2013 році і ще три - в 2014 р., при чому, первинна й повторна операції їм виконані в інших лікувальних установах міста й області.

Традиційно в клініці, зокрема в хірургічному відділенні №3 ОКЛ віддаємо перевагу субфасціальному методу виконання операції на ЩЗ з елементами класичного методу Ніколаєва й обов'язковим роз'єднанням часток залози на перешийку, виділенням і видаленням пірамідального відростка, візуалізацією і збереженням прищитоподібних залоз. При доброякісній патології ЩЗ не виділяємо поворотний гортанний нерв, попереджуючи, таким чином, його травмування. Із цією метою, для гемостазу, використовуємо переважно біполярну електрокоагуляцію дрібних судин, а останнім часом гармонічний скальпель; хірургічні маніпуляції у цій зоні (бокова й задньо-бокова поверхня трахеї) стараємося мінімізувати. Що стосується тонкоглкової аспіраційної пункційної біопсії ЩЗ для підтвердження діагнозу перед операційним втручанням, останнім часом ми рідко

вдаємося до цього методу дослідження тому, що його результати не відрізняються інформативністю й далеко не завжди співпадають з результатом заключного гістологічного дослідження, особливо при диференціюванні фолікулярної аденоми й раку. Натомість, у сумнівних випадках, при виконанні переважно, гемітиреоїдектомії, використовуємо метод термінового експрес-гістологічного дослідження, який є набагато точнішим, інформативнішим, хоча й не стовідсотковим, іноді трапляються як хибно-позитивні, так і хибно-негативні результати. Ці засади операційного лікування захворювань ЩЗ сформувалися на багаторічному досвіді, вивченні результатів хірургічного лікування різноманітної патології ЩЗ за час існування центру й відділення ендокринної хірургії, практичному досвіді хірургів-ендокринологів старшого покоління, досвіді світових ендокринологічних центрів, які вивчають, нагромаджують і поширюють наукові знання й практичні рекомендації щодо лікування пацієнтів з ендокринною патологією.

Незважаючи на це, від 2013 р. до 2018 р. серед 3967 пацієнтів, вперше оперованих у відділенні з приводу хірургічної патології ЩЗ, парез поворотного гортанного нерва спостерігали в 9 (0,22%) пацієнтів, а післяопераційний гіпопаратиреоз - у 7 (0,17%) (за інформацією зі щорічних звітів роботи відділення). Незважаючи на відносно невелику кількість післяопераційних ускладнень хірургічного лікування захворювань ЩЗ, які вдалося досягти за останній час, вважаємо за необхідне в подальшому вдосконалювати техніку операційних втручань на ЩЗ з метою зменшення кількості післяопераційних ускладнень, які, на жаль, не завжди відображені й враховані, тому ми не можемо їх обговорювати в повному обсязі.

Вважаємо недоцільним тривале спостереження й лікування пацієнта з клінічно встановленим рецидивом захворювання після перенесеної операції на ЩЗ. У таких випадках доцільний огляд хірурга-ендокринолога для визначення оптимальної тактики подальшого лікування. При ретроспективному вивченні результатів хірургічного лікування па-

цієнтів з ПРЗ за 2013-2018 рр. ми виявили, що період між первинною операцією на ЩЗ і виникненням рецидиву захворювання коливався від 6 місяців до 36 років (в середньому 13 років). Період від моменту виявлення рецидиву до повторного операційного втручання, тобто період спостереження і лікування пацієнта з рецидивом зоба, здебільшого недовільного й неефективного, коливався від декількох місяців до 30 років (в середньому 7,5 року). Період часу між первинним і повторним операційним втручанням коливався від декількох місяців до 40 років (в середньому 15,5 року).

Із нашого досвіду, важливе значення у профілактиці ПРЗ має спостереження за пацієнтом після виконання операції на ЩЗ не лише хірурга, який оперував, а, передовсім, терапевта-ендокринолога, оскільки призначення адекватної заміної терапії й спостереження за пацієнтом має вирішальне значення у зменшенні кількості рецидивів і, відповідно, повторних операцій на ЩЗ.

Висновки

1. Серед післяопераційних рецидивів зоба у 60,0% пацієнтів рецидивує первинне захворювання й у 40,0% - розвивається нове захворювання тиреоїдного залишку. У структурі нових захворювань тиреоїдного залишку у 27 (90%) пацієнтів діагностовано доброякісні захворювання й у 3 (10%) - різні форми раку ЩЗ. Не виявили рецидивів дифузного токсичного зоба й аденоми щитоподібної залози.
2. Серед 27 пацієнтів з післяопераційним рецидивом зоба, яким первинно виконана гемітиреоїдектомія, виник рецидив захворювання в залишеній незмінній частці. У 21 (77,7%) пацієнта стверджено доброякісні захворювання, а в 6 (22,3%) - різні форми раку щитоподібної залози.
3. Хірургічне лікування захворювань ЩЗ має бути адекватне за обсягом, відповідно до виявленої патології, виконуватися досвідченим хірургом у спеціалізованому відділенні, після ретельного обстеження пацієнта.
4. Слід дотримуватися сучасних стандартів і

принципів хірургічного лікування захворювань ЩЗ, які визначені провідними науковцями і клініцистами світу. Зокрема, при ураженні однієї частки (при умові ствердженої доброякісної патології) не виконувати резекцію частки, а лише гемітиреоїдектомію. При ураженні обох часток доцільно виконувати тиреоїдектомію. При злоякісній патології, тиреоїдектомію слід доповнити повноцінною лімфодисекцією.

5. При діагностуванні рецидиву захворювання ЩЗ доцільним є огляд хірурга-ендокринолога для визначення оптимальної тактики подальшого лікування.

6. Після операційного лікування доброякісних захворювань ЩЗ доцільне спостереження терапевта-ендокринолога з метою корекції гормонального статусу пацієнта, здійснення заходів вторинної профілактики. Після операційного лікування злоякісної патології ЩЗ показаний огляд онколога відповідної кваліфікації з метою можливого призначення радіоїодтерапії або інших методів лікування.

Література

1. Bondarenko V.O. Problems of recurrent goiter in endocrine surgery. *Endokrinnaya khirurgiya* 2008; 1: 20-22. Russian (Бондаренко В.О. Проблемы рецидивного зоба в эндокринной хирургии. *Эндокринная хирургия* 2008; 1: 20-22).
2. Kovaliov O.P., Lyulka O.M., Niemchenko I.I. et al. Features of surgical treatment of recurrent goiter. *Klinichna khirurgiya* 2016; 8: 47-48 Ukrainian (Ковальов О.П., Люлька О.М., Немченко І.І. і співавт. Особливості оперативного лікування рецидивного зоба. *Клінічна хірургія* 2016; 8: 47-48).
3. Pavlovskiy I., Shidlovskiy V. Postoperative recurrent goiter. / I. Pavlovskiy, V. Shidlovskiy. - Ternopil: TDMU, 2010; 218 p. Ukrainian (Павловський І.М., Шідловський В.О. Післяопераційний рецидивний зоб / І.М. Павловський, В.О. Шідловський. - Тернопіль: ТДМУ, 2010. - 218 с.).
4. Rybakov S.Y., Shidlovskiy V.O., Komisarenko I.V., Pavlovsky M.P. Thyroid surgery: tutorial. / S.Y. Rybakov, V.O. Shidlovskiy, I.V. Komisarenko, M.P. Pavlovsky. - Ternopil: Ukrmedknyga, 2008; 423 p. (Рыбаков С.Й., Шідловський В.О., Комісаренко І.В., Павловський М.П. Тиреоїдна хірургія: навч. посібник. С.Й. Рыбаков, В.О. Шідловський, І.В. Комісаренко, М.П. Павловський. Тернопіль: Укрмедкнига, 2008. 423 с.).