

Достовірну залежність між часом встановлення діагнозу та статтю і віком пацієнтів не встановлено.

Виділяють 3 основні форми ПРЩЗ: папілярний мікроскопічний рак ( $n = 21$ ), папілярна аденокарцинома ( $n = 53$ ), фолікулярний варіант папілярного раку ( $n = 16$ ). З приводу пухлини стадії T1a за класифікацією TNM прооперовано 79 (40,3 %) пацієнтів, стадії T1b (розмірами 1—2 см) — 65 (32,82 %), стадії T2 (2—4 см) — 41 (20,91 %), стадії T3 — 11 (5,61 %).

Аналіз особливостей перебігу поєднаної патології ПРЩЗ із доброякісним захворюванням щитоподібної залози встановив, що 59 (30,10 %) пацієнтів мали папілярну карциному як самостійне захворювання на тлі інтактної паренхіми залози.

Поєднану патологію ПРЩЗ та колоїдного зобу (КЗ) виявили у 24 (12,24 %) хворих. Ще у 5,61 % пацієнтів тиреоїдний рак супроводжувався фолікулярними аденомами (ФА). У ході дослідження визначили такі варіанти поєднання ПРЩЗ із дифузним автоімунним тиреоїдитом (АІТ): ПРЩЗ та дифузний АІТ — у 49 випадках із 196 (25 %); ПРЩЗ, АІТ та ФА — у 9 (4,59 %); ПРЩЗ, АІТ та КЗ — у 13 (6,63 %); ПРЩЗ, АІТ, КЗ та ФА — 15 (7,65 %); ПРЩЗ, АІТ та дифузний токсичний зоб (ДТЗ) — 1 (0,5 %); ПРЩЗ, АІТ, ФА, ДТЗ — 1 (0,5 %).

Як впливає з отриманих даних, у 44,87 % випадків ПРЩЗ фоновим захворюванням був АІТ, який достовірно частіше поєднувався з аденокарциномами, а КЗ — з мікроскопічним раком та фолікулярною формою ПРЩЗ ( $p < 0,05$ ).

Висока частота поєднаної доброякісної та злоякісної патології ЩЗ дає підстави зробити припущення, що змінена внаслідок зобу тиреоїдна тканина є більш сприйнятливою до дії різних канцерогенів, а

процеси проліферації можуть змінювати свою спрямованість і призводити до появи клітин з ознаками злоякісності. Таким чином, фонову патологію ЩЗ слід розглядати як один з етіологічних факторів розвитку тиреоїдного раку.

**Висновки.** Проведений аналіз встановив, що 30,1 % пацієнтів мали папілярну карциному ЩЗ як самостійне захворювання на фоні інтактної паренхіми залози, а 69,89 % — поєднану патологію папілярного раку та проліферативного доброякісного захворювання ЩЗ. Автоімунний тиреоїдит визначено як фонову патологію у 44,87 % випадків, що дає підстави розглядати його як один з основних етіологічних факторів розвитку злоякісної тиреоїдної патології.

**Ключові слова:** папілярний рак, автоімунний тиреоїдит

#### ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Coexistent Hashimoto's thyroiditis with papillary thyroid carcinoma: impact on presentation, management, and outcome. *Surgery*. 1999 Dec;126(6):1070-1076.
2. MACA time trend analysis of papillary and follicular cancers as a function of tumor size: A study of data from six cancer registries in France (1983—2000). *Eur J Cancer*. 2007;43:891-900.
3. Londero SC, Krogdahl A, Bastholt L et al. Differentiated thyroid carcinoma in previously manifested autoimmune thyroid disease. *Srp Arh Celok Lek*. 2005 Oct; 133(1):74-76.
4. Papillary thyroid microcarcinoma in Denmark 1996–2008: A national study of epidemiology and clinical significance. *Thyroid*. 2013;21(1):117-124.
5. Pacini F. Thyroid microcarcinoma. *Best Pract Res Clin Endocrinol. Metab*. 2012;26(3):381-389.

## Безпечність хірургічних втручань на щитоподібній залозі

В. О. Шідловський, О. В. Шідловський, А. М. Дивак

*Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

**Вступ.** Метою хірургічного лікування різних клінічних форм зобу, особливо у випадках багатовузлового зобу, раку, хвороби Грейвса—Базедова, є повне видалення щитоподібної залози, збереження прищитоподібних залоз, підтримання або пок-

ращення голосової функції гортані та ковтання. Великий обсяг оперативного втручання збільшує кількість травматичних пошкоджень органів та анатомічних утворів шиї і, як наслідок, їх ускладнень. Серед ускладнень виділяють інтраопераційні (трав-

ми поворотних нервів гортані, щитоподібних залоз, трахеї, стравоходу, магістральних судин шиї) та післяопераційні (напружена гематома шиї, асфіксія, інфікування рани). Проблема запобігання ускладненням хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози є вкрай актуальною, а зі збільшенням кількості операцій та їх обсягу набуває особливої ваги. Загальна частота ускладнень хірургічних втручань на щитоподібній залозі становить від 4 до 45 % і стабільно тримається на рівні 1,8—4,5 %.

**Мета роботи** — провести аналіз основних інтраопераційних ускладнень хірургічних втручань на щитоподібній залозі для запобігання їм.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано ускладнення 1793 операцій, виконаних за останні 15 років у Тернопільській міській комунальній лікарні швидкої допомоги. Загальна кількість ускладнень становила 53 (2,95 %). Серед них переважали травми поворотних нервів гортані — 32 (1,8 %) випадки, у тому числі дисфагія — 7, постійний гіпарпаратиреоз — 9 (0,5 %), напружена гематома шиї з різним ступенем асфіксії — 6 (0,3 %), гостре порушення мозкового кровообігу в одній із гемісфер — 1 (0,05 %), інфікування рани — 5 (0,28 %).

**Результати та обговорення.** Частота травм поворотних нервів гортані значною мірою залежить від знання хірургом анатомії шиї, його досвіду та вміння правильно оцінювати свої можливості, інтраопераційну ситуацію та операбельність процесу. Важливо пам'ятати, що різні види інтраопераційного нейромоніторингу не зменшують частоту травм поворотних нервів гортані. У випадках двобічного зобу, якщо встановлено факт пошкодження одного з поворотних нервів, рекомендовано не виконувати запланований обсяг оперативного втручання. За даними літератури, для зменшення частоти травм поворотних нервів гортані вважають доцільним виконувати операції на щитоподібній залозі під місцевою анестезією.

Злоякісний процес рідко уражає загальну сонну артерію. Резекція сонної артерії з заміщенням її протезом можлива лише у випадках замкнутого вілізієва кола. У разі незамкнутого вілізієва кола перетискання судини під час пластики неодмінно призведе до ішемічного інсульту. Для запобігання цьому ускладненню необхідно до операції уточнити особливості кровообігу по вілізієву колу за допомогою комп'ютерної ангіографії судин шиї та головного мозку.

Напружена гематома шиї, особливо у хворих із короткою шиєю, може створити складну клінічну ситуацію. У таких випадках труднощі виникають під час інтубації трахеї. Для її проведення доцільно використовувати бронхоскоп, а у разі безуспішної інтубації слід виконати трахеостомію.

**Висновки.** Висока кваліфікація та значний досвід лікаря-хірурга, його знання топографічної анатомії шиї та її змін при різних клінічних формах зобу — запорука безпечності таких оперативних втручань. Не менш важливим чинником, який сприяє зменшенню кількості ускладнень хірургічних втручань на щитоподібній залозі, є повноцінне клінічне та інструментальне обстеження пацієнта для з'ясування індивідуальних особливостей у кожному конкретному випадку.

**Ключові слова:** ідентифікація, нерви гортані, хірургічне лікування.

## ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Шідловський ВО, Шідловський ОВ, Дейкало ІМ, Ліпський ВМ Стандартні і нестандартні ситуації в хірургії щитоподібної залози. Шпитальна хірургія. 2013;3:21-24.
2. Thomusch O, Sekulla C, Billmann F, Seifert G, Dralle H, Lorenz K. Risk profile analysis and complications after surgery for autoimmune thyroid disease. *BJS*. 2018; 105(6):677-685. doi.org/10.1002/bjs.10770.