



# ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 3(90) 2018

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.  
Виходить 6 разів на рік

**Засновник —**

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 20183-9983ПР  
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук  
(Постанова президії ВАК України № 1-05/06 від 16.12.2009 р.)

Рекомендовано вченою радою  
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»  
(Протокол № 03 від 04.06.2018 р.)

Редактор  
Н. В. Карпенко  
Коректор  
К. І. Кушнарєва  
Адміністратор  
К. В. Пономарьова  
Перекладач  
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 07.06.2018 р.  
Формат 60×84 1/8.  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 22,00.  
Тираж 300 пр.

**Адреса редакції:**

61018, м. Харків,  
в'їзд Балакірева, 1.  
Тел.: (057) 715-33-48  
349-41-99  
715-33-45

Видання віддруковане  
у ТОВ фірма «НТМТ»  
61072, м. Харків,  
вул. Дерев'янка, 16, к. 83  
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2018

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

**Головний редактор В. В. Бойко**

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко  
М. М. Велігоцький  
М. К. Голобородько  
Т. Г. Григор'єва  
В. Б. Давиденко  
Б. М. Даценко  
В. Г. Дуденко  
І. Д. Дужий  
Д. О. Євтушенко  
Ю. І. Караченцев  
В. М. Лісовий  
В. К. Логачов  
В. І. Лупальцов  
О. В. Малоштан  
О. О. Павлов  
М. В. Панченко  
Б. І. Пєєв  
В. П. Польовий  
В. І. Сипітий  
В. О. Сипливий  
В. І. Стариков  
С. В. Сушков  
А.К. Флоріян  
О. М. Тищенко  
Є. Д. Хворостов  
С. І. Шевченко

## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андреещев (Київ)  
О. Ф. Возіанов (Київ)  
В. К. Гринь (Донецьк — Київ)  
М. Ф. Дрюк (Київ)  
Ю. П. Зозуля (Київ)  
І. В. Іоффе (Луганськ — Рубіжне)  
П. Г. Кондратенко (Донецьк — Краматорськ)  
М. Г. Кононенко (Суми)  
В. П. Кришень (Дніпропетровськ)  
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)  
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)  
В. Ф. Саєнко (Київ)  
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)  
М. І. Тутченко (Київ)  
С. О. Шалімов (Київ)  
В. О. Шапринський (Вінниця)  
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)



И. А. Криворучко,  
К. Ю. Пархоменко,  
А. Г. Дроздова,  
Н. Н. Гончарова,  
А. В. Сивожелезов,  
В. В. Чугай

*Харьковский национальный  
медицинский университет*

*КУЗ «Областная клиническая  
больница – Центр экстренной  
медицинской помощи  
и медицины катастроф»,  
г. Харьков*

© Коллектив авторов

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Резюме.** Проанализированы результаты хирургического лечения 416 пациентов с патологией щитовидной железы, которые находились на лечении в хирургическом отделении с 2014 по 2018 гг. В 133 (32 %) случаях выполнялась гемитиреоидэктомия справа, в 121 (29 %) – гемитиреоидэктомия слева, в 83 (20%) – предельно-субтотальная резекция щитовидной железы с резекцией пирамидного отростка, в 42 (10%) – субтотальная резекция щитовидной железы, в 17 (4%) – резекция пирамидного отростка, в 20 (5%) – тиреоидэктомия, причем в 10 (2,5%) из них была выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия, также у 3 пациентов клиники с патологией щитовидной железы были выполнены малоинвазивные вмешательства – видеоассистированная субтотальная резекция правой доли щитовидной железы. За счет более радикального объема вмешательства (геми- или тиреоидэктомия) при узловых образованиях щитовидной железы снижается вероятность развития рецидивного зоба, что требует повторных оперативных вмешательств.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, хирургическое лечение, малоинвазивные вмешательства.

### Введение

Ежегодно возрастает число оперативных вмешательств по поводу различных заболеваний щитовидной железы (ЩЖ). Это означает, что увеличивается и количество пациентов с послеоперационным рецидивным узловым зобом (ПРУЗ), который требует повторного хирургического лечения.

Проблема хирургического лечения заболеваний ЩЖ является достаточно актуальной, так как и по сей день, несмотря на многообразие существующих методик оперативного лечения заболеваний ЩЖ, отсутствует единый «золотой стандарт» среди них, который бы удовлетворял потребности, как хирургов, так и пациентов. Это способствует поиску индивидуального подхода в каждом конкретном случае, в зависимости от клинических проявлений заболевания, конституционных особенностей пациента, морфологических особенностей железы и, конечно, от того, имеет место патология ЩЖ впервые или мы сталкиваемся с ее рецидивом. Также дискуссионны вопросы касательно применения малоинвазивных технологий (МИТ) в хирургии ЩЖ [1,2,3,5,6].

### Цель исследования

Оптимизация алгоритма хирургической тактики у пациентов с заболеваниями ЩЖ.

### Материалы и методы исследований

Производился ретро- и проспективный анализ результатов хирургического лечения 416

пациентов с различными заболеваниями ЩЖ, которые находились на лечении в хирургическом отделении КУОЗ «ОКБ – ЦЭМП и МК» с 2014 по 2018 гг, из них – женщин – 382 (92%), мужчин – 34 (8%), в возрасте от 25 до 78 лет. Все больные были обследованы. Диагностика основывалась на клинико-лабораторных (общеклинические методы исследования крови и мочи, биохимические исследования крови, определение уровней ТТГ, Т3, Т4, антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулина) и инструментальных методах исследования (рентгенография органов шеи и грудной клетки, ультразвуковое исследование ЩЖ с эластографией, выполнение тонкоигольной аспирационной биопсии с морфологическим исследованием пунктата при необходимости).

У 170 (41%) пациентов отмечались изолированные узловые изменения ЩЖ впервые, а у 5 (1,3%) имел место рецидив заболевания ЩЖ. У 71 (17%) больного был диагностирован многоузловой зоб первично и у 1 (0,3%) – рецидивно. Следует отметить, что в 19 (5%) случаях можно было говорить о смешанном зобе. У 29 (7%) пациентов наблюдался диффузный токсический зоб, который был диагностирован впервые, а у 3 (0,8%) – рецидив этой же патологии. Аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием был диагностирован у 112 (26%) пациентов первично, а у 1 (0,3%) – рецидивно. Рак ЩЖ был морфологически подтвержден у 5 (1,3%) пациентов.

### Результаты исследований и их обсуждение

Все пациенты были прооперированы. У 133 (32%) пациентов выполнялась гемитиреоидэктомия справа, у 121 (29%) – гемитиреоидэктомия слева, у 83 (20%) – предельно-субтотальная резекция ЩЖ с удалением пирамидного отростка, у 42 (10%) – субтотальная резекция ЩЖ, у 17 (4%) – удаление пирамидного отростка. У 20 (5%) пациентов операция была представлена тиреоидэктомией, причем у 10 (2,5%) из них была выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия (ТЭ). Следует отметить, что в 2017 году у 3 пациентов клиники с заболеваниями ЩЖ были произведены МИВ – видеоассистированная (ВА) субтотальная резекция левой доли ЩЖ.

За последнее десятилетие появились такие малоинвазивные доступы к ЩЖ как минидоступы на передней поверхности шеи, подмышечные, передние грудные, параареолярные, заушные, трансоральные, различные варианты робот-ассистированных. Также до сих пор дискуссионными вопросы целесообразности выполнения оперативных вмешательств из ряда удаленных доступов (трансорального, трансфарингеального, заушного), при которых хирургическая травма тканей и риск развития осложнений гораздо выше. Наиболее распространенными сейчас в клинической практике являются ВА вмешательства из среднего шейного доступа и эндоскопические, сочетающие в себе преимущества подмышечных доступов и

параареолярных. Появление большого выбора МИТ определило очевидные проблемы, связанные с выбором оптимального ВА или эндоскопического доступа для вмешательств на ЩЖ в зависимости от клинической и морфологической формы заболевания [4,7].

В вышеуказанных нами случаях был применен доступ в левой подключичной области, учитывая расположение узловых образований. Следует отметить, что во всех 3 случаях речь шла о доброкачественном первичном процессе в железе.

Говоря об осложнениях, нужно сказать, что у 5 (1,3%) пациентов имел место преходящий гипопаратиреоз, который был связан с удалением единичных парашитовидных желез и был скорректирован назначением дигидротрахистеролата от 3-5 дней до 3 недель послеоперационного периода. Пареза гортани, постоянного гипопаратиреоза, нагноения раны, кровотечения и других осложнений не отмечалось.

### Выводы

За счет более радикального объема вмешательства (геми- или тиреоидэктомия) при узловых образованиях ЩЖ снижается вероятность развития ПРУЗ, который требует повторных оперативных вмешательств. Качество жизни пациентов после геми- или ТЭ, как правило, зависит только от адекватной дозировки заместительной терапии (L-тироксин) в послеоперационном периоде.

### ЛИТЕРАТУРА

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. 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 / Ю. В. Коваленко // Саратовский научно-медицинский журнал, Саратов. – 2012. – №1 – С. 152-158.
4. Майстренко Н.А. Минимальноинвазивная хирургия щитовидной железы / Н.А. Майстренко, П.Н. Ромашенко, Д.С. Криволапов // Медицинские науки. – 2017. – №1 – С. 144-151.
5. Павловський І. М. Післяопераційний рецидивний зоб / І.М. Павловський, О.В. Шкідловський // Тернопіль: ТДМУ. – 2010. – С. 9-13.
6. 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.
7. Osmolski A. Complications in surgical treatment of thyroid diseases / A. Osmolski, Z. Frenkiel, R. Osmolski // Otolaryngol. Pol. – 2006. – Vol. 60, №2. – P. 165-170.



## ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

*I. А. Криворучко,  
К. Ю. Пархоменко,  
А. Г. Дроздова,  
Н. М. Гончарова,  
А. В. Сивожелізов,  
В. В. Чугай*

**Резюме.** Проаналізовано результати хірургічного лікування 416 хворих на патології щитоподібної залози, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні з 2014 по 2018 рр. У 133 (32%) випадках було виконано гемитиреоїдектомію справа, у 121 (29%) – гемитиреоїдектомію зліва, у 83 (20%) – гранично-субтотальну резекцію щитоподібної залози із видаленням пірамідного відростка, у 42 (10%) – субтотальну резекцію щитоподібної залози, у 17 (4%) хворих – видалення пірамідного відростка, у 20 (5%) хворих – тиреоїдектомію, причому у 10 (2,5%) із них було виконано екстрафасціальну тиреоїдектомію, також у 3 пацієнтів клініки із патологіями щитоподібної залози були проведені малоінвазивні втручання – відеоасистована субтотальна резекція правої частки щитоподібної залози. За рахунок більш радикального об'єму втручання (гемі- чи тиреоїдектомія) при вузлових утвореннях щитоподібної залози знижується вірогідність розвитку рецидивного зобу, який потребує повторних оперативних втручань.

**Ключові слова:** щитоподібна залоза, хірургічне лікування, малоінвазивні втручання.

## OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH THYROID DISEASE

*I. A. Kryvoruchko,  
K. Y. Parkhomenko,  
A. G. Drozdova,  
N. N. Goncharova,  
A. V. Sivozhelezov,  
V. V. Chugay*

**Summary.** The results of surgical treatment of 416 patients with thyroid pathology, who were on treatment in the surgical department from 2014 to 2018, were analyzed. In 133 (32%) cases, hemithyroidectomy was performed on the right, 121 (29%) hemithyroidectomy on the left, 83 (20%) - maximal subtotal resection of the thyroid with resection of the pyramidal process, 42 (10%) - subtotal resection of the thyroid gland, in 17 (4%) - resection of the pyramidal process, in 20 (5%) - thyroidectomy, in 10 (2.5%) of them, extrafascial thyroidectomy was performed, and in 3 patients of the clinic with thyroid pathology, minimally invasive interventions were performed - video-assisted subtotal resection of the right lobe of the thyroid gland. Due to a more radical amount of intervention (hemi or thyroidectomy) in nodular thyroid formations, the probability of recurrent goiter decreases, which requires repeated surgical interventions.

**Key words:** thyroid gland, surgical treatment, minimally invasive interventions.