



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 1(88) 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»

Свідцтво 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
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 3 від 26.02.2018 р.)

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

Підписано до друку 28.02.2018 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 22,00.
Обл.-вид. арк. 16.15. 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,
просп. Леніна, 58, к. 106
Тел. (057) 763-03-80

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
Д. О. Євтушенко
Ю. І. Караченцев
В. М. Лісовий
В. К. Логачов
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Н. В. Пасечнікова
Б. І. Пєєв
В. П. Полевой
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)

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

*Харківський національний
медичний університет*

*Комунальний заклад охорони
здоров'я «Обласна клінічна
лікарня – центр екстреної
медичної допомоги та
медицини катастроф»,
м. Харків*

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 416 хворих на патології щитоподібної залози, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні з 2014 по 2017 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 %) – тиреоїдектомію, причому у 10 (2,5 %) із них було виконано екстрафасціальну тиреоїдектомію, також у 3-х 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. Якість життя хворих із гемі- або тиреоїдектомією, як правило, залежить лише від дозування замісної терапії (L-тироксин) у післяопераційному періоді.

Ключові слова: щитоподібна залоза, хірургічне лікування, рецидивний зоб, малоінвазивні втручання.

Вступ

За даними ВООЗ хвороби щитоподібної залози (ЩЗ) посідають друге місце серед усіх патологій ендокринної системи, а приріст їх кількості у світі складає близько 5 % на рік. З цим пов'язане збільшення кількості хірургічних втручань з приводу різноманітних патологій ЩЗ. Все вищевикладене також означає і можливість зростання кількості хворих на післяопераційний рецидивний зоб (ПРЗ). За даними літератури частота виникнення рецидиву захворювання після медикаментозного лікування становить 40 %, після оперативного варіює від 5 до 10 % [1, 2, 3].

Вважаємо проблему хірургічного лікування патологій ЩЗ актуальною внаслідок зростання кількості ПРЗ, а також дискусійності питань щодо факторів ризику та безпосередніх причин його розвитку; неоднозначності даних літератури відносно застосування малоінвазивних технологій у хірургії ЩЗ; високої частоти специфічних ускладнень (параліч гортані внаслідок травм поворотних гортанних нервів із розладами фонації і функції зовнішнього дихання та гіпопаратиреоз) [5, 6, 7].

Мета дослідження

Розробити алгоритм хірургічного лікування хворих із патологією ЩЗ.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати хірургічного лікування 416 хворих на патології ЩЗ, які зна-

ходились на лікуванні у хірургічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК» з 2014 по 2017 рр. з них жінок – 382 (92 %), чоловіків – 34 (8 %), віком від 25 до 78 років. Усі хворі були обстежені. Діагностика засновувалась 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 методах дослідження (рентгенографія органів ший та грудної клітки, ультразвукове дослідження ЩЗ з еластографією, виконання тонкогільної аспіраційної біопсії з морфологічним дослідженням пунктату за необхідності).

У 170 (41 %) хворих спостерігались ізольовані вузлові зміни ЩЗ вперше, а у 5 (1,3 %) хворих мав місце рецидив захворювання ЩЗ. У 71 (17 %) пацієнта було діагностовано багатовузловий зоб первинно та у 1 (0,3 %) – рецидивно. Слід відмітити, що у 19 (5 %) хворих можна було казати про змішаний зоб. У 29 (7 %) пацієнтів мова йшла про дифузний токсичний зоб, що був діагностований уперше, а у 3 (0,8 %) – рецидив цієї ж патології. Аутоімунний тиреоїдит із вузлоутворенням спостерігався у 112 (26 %) хворих первинно, а в 1 (0,3 %) пацієнта відмічався рецидив. Рак ЩЗ було морфологічно підтверджено у 5 (1,3 %) пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення

Усі хворі були прооперовані. У 133 (32 %) випадках було виконано гемитиреоїдектомію



справа, у 121 (29 %) – гемітиреоїдектомію зліва, у 83 (20 %) – гранично-субтотальну резекцію ЩЗ із видаленням пірамідного відростка, у 42 (10 %) – субтотальну резекцію ЩЗ, у 17 (4 %) хворих – видалення пірамідного відростка, у 20 (5 %) хворих – тиреоїдектомію, причому у 10 (2,5 %) із них було виконано екстрафасціальну тиреоїдектомію. Слід відмітити, що 2017 року у 3 пацієнтів клініки із патологіями ЩЗ були проведені малоінвазивні втручання – відеоасистована субтотальна резекція правої частки ЩЗ.

За даними літератури загальновідомими малоінвазивними доступами до ЩЗ за останні 10-15 років стали міні доступи на передній поверхні шиї, пахвові, передні грудні, параареоларні, заушні, трансаральні, різноманітні варіанти робот-асистованих. Разом із тим, виникають питання доцільності виконання оперативних втручань із ряду віддалених доступів (трансарального, трансфарингеального, заушного), при яких хірургічна травма тканин та ризик розвитку ускладнень набагато вище. Найбільше визнання та поширення у клінічній практиці отримали відеоасистована втручання із середнього шийного доступу та ендоскопічні, що поєднують у собі переваги пахвових доступів та параареоларних. Однак загальноновизнаних та затверджених рекомендацій (протоколів) по використанню даних втручань, як і раніше, немає, показання та протипоказання залишаються предметом дискусії та спираються на досвід окремих авторів. Таким чином, поява великого вибору малоінвазивних технологій визначило очевидні проблеми, що пов'язані із вибором оптимального відеоасистованого чи ендоскопічного доступу для втручання на ЩЗ у залежності від клінічної та морфологічної форми захворювання [4].

У вищевказаних нами випадках використовувався доступ у правій підключичній ділян-

ці, враховуючи розташування вузлових утворень. Також, у всіх 3 випадках мова йшла про доброякісний первинний процес у залозі.

Для запобігання найбільш поширених ускладнень (постійного гіпопаратиреозу та ушкодження поворотних гортанних нервів) обов'язковим етапом усіх втручань був інтраопераційний контроль щодо профілактики видалення парашитовидних залоз та пошкодження поворотних гортанних нервів.

Парезу гортані, постійного гіпопаратиреозу, нагноєння рани, кровотечі зафіксовано не було. У 5 (1,3 %) хворих мав місце транзиторий гіпопаратиреоз, що був пов'язаний із видаленням одиничних парашитоподібних залоз та був корегований консервативною терапією із призначенням дегідротахістиролату від 3-5 діб до 3 тижнів післяопераційного періоду.

Висновки

Не зважаючи на різноманіття існуючих оперативних методик у хірургії ЩЗ, і на сьогоднішній день відсутній єдиний «золотий стандарт» серед них, який би задовольняв потреби як хірургів, так і пацієнтів. Це сприяє пошуку індивідуального підходу у кожному окремому випадку, в залежності від клінічних проявів захворювання, конституційних особливостей пацієнта, морфологічних особливостей залози, а також, звичайно, і від того, має місце патологія ЩЗ уперше чи ми спостерігаємо її рецидив. За рахунок більш радикального об'єму втручання (гемі- чи тиреоїдектомія) при вузлових утвореннях ЩЗ знижується вірогідність розвитку ПРЗ, який потребує повторних оперативних втручань. Якість життя хворих із гемі- або тиреоїдектомією, як правило, залежить лише від дозування замісної терапії (L-тироксин) у післяопераційному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ванушко В. Э. Современные аспекты хирургического лечения наиболее распространенных заболеваний щитовидной железы : автореф. дисс. на соискание ученой степени д-ра мед. наук / 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. симпозиум 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. 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.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 416 пациентов с патологией щитовидной железы, которые находились на лечении в хирургическом отделении с 2014 по 2017 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. Качество жизни больных с геми- или тиреоидэктомией, как правило, зависит лишь от дозировки заместительной терапии (L-тироксин) в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: щитовидная железа, хирургическое лечение, рецидивный зоб, малоинвазивные вмешательства.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE THYROID GLAND

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

Summary. The results of surgical treatment of 416 patients with thyroid pathology, who were on treatment in the surgical department from 2014 to 2017, 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 the 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. The quality of life of patients with hemi or thyroidectomy, as a rule, depends only on the dosage of substitution therapy (L-thyroxine) in the postoperative period.

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