

І.В. Дейнеко, О.Б. Кутовий, С.М. Тимчук, І.В. Люлько, В.А. Кравченко

ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З ІНВАЗІЄЮ У ВЕРХНІ ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ

Дніпропетровська державна медична академія

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечнікова, Дніпропетровськ

Місцево розповсюджений рак щитоподібної залози через близьке анатомічне розташування проростає у верхні відділи трахеї та гортань в 11-22% усіх випадків (Ю.Г. Бондаренко, 2002; М.М. Багіров, 1999). У 75% випадків спостерігається передопераційний однобічний парез, а у 33% — двобічний парез гортані (А.Е. Коваленко, 1998). У 60-70% випадків після радикального хірургічного лікування у таких хворих спостерігається поопераційний двобічний парез гортані, що призводить до стенозу гортані і вимагає подальшого хірургічного втручання для відновлення просвіту гортані (С.Н. Кононенко, 2000). Летальність у цій групі пацієнтів становить понад 60% (М.М. Багіров, 1999).

Мета роботи — підвищити ефективність лікування хворих на рак щитоподібної залози з інвазією у верхні дихальні шляхи.

У відділенні ендокринної хірургії та у ЛОР-онкологічному відділенні обласної лікарні ім. І.І. Мечнікова проведено комбіноване лікування 24 хворих на рак щитоподібної залози з проростанням у трахею у 18 випадках і у трахею та гортань — у 6 випадках. Вік хворих був від 24 до 72 років, 16 жінок і 8 чоловіків, 5 випадків фолікулярного раку, 13 випадків папілярного, 4 — медулярного і 2 випадки низько дифференційованого раку. Регіонарні метастази в лімфатичних вузлах шиї спостерігалися з одного боку у 14 пацієнтів, двобічні — у 4 хворих, і 6 пацієнтів були без метастазів. Віддалених метастазів не визначалося. У всіх пацієнтів за допомогою фібробронхоскопії, комп'ютерної томографії визначалося проростання пухлини у передньо-бічну або передню стінку трахеї від 1 до 6 см завдовжки, а у 6 випадках — і у структурні елементи гортані. У 13 пацієнтів мав місце передопераційний однобічний парез гортані, а у 6 — двобічний парез. У 18 пацієнтів діагностували стеноз гортані I-II ступеня.

Усім хворим проведено радикальне хірургічне лікування, що включало екстрафасціальну тиреоїдектомію, 18 пацієнтам — футлярно-фасціальне видалення лімфатичних вузлів шиї, у тому числі у 5 — з операцією Крайля. У 15 хворих проведено передньо-бічну резекцію трахеї, у 5 із них с частиною

перснєподібного хряща, із заміщенням передньо-бічного дефекту аутоотрансплантатом шкірно-жирового лоскута, трахеопексією та формуванням стійкої трахеостоми, а у 5 випадках — із формуванням трахеоларингостоми. Чотирьом пацієнтам після виконання циркулярної резекції верхніх відділів трахеї накладено гортанно-трахеальний або трахео-трахеальний анастомоз кінець у кінець із формуванням мікротрахеостоми. У 5 пацієнтів виконано комбіновану, циркулярно-бічну резекцію трахеї з накладенням часткового анастомозу кінець у кінець, заміщенням бічного дефекту трахеї зміщеним шкірно-жировим лоскутом і накладенням стійкої трахеостоми.

У 14 хворих одномоментно проведено латерофіксацію пошкодженої голосової складки з боку інвазії верхніх дихальних шляхів для запобігання паралітичного стенозу гортані. Проводилася тиреоїдектомія, підслизова резекція черпалоподібного хряща з видаленням слизової оболонки задніх 2/3 голосової складки та первинна пластика дефекту слизової оболонки гортані.

Інтраопераційні ускладнення у хворих не спостерігалися. У 5 пацієнтів мали місце явища гіпопаратиреозу. У 6 пацієнтів стався однобічний парез гортані з боку інвазії, с достатнім просвітом для дихання через природні дихальні шляхи. У 14 хворих після латерофіксації просвіт гортані відновлено для дихання у повному обсязі, звучна мова відновилась у 7 пацієнтів. Усім хворим проводили супресивну гормональну терапію — еутирокс 2,4 мкг/кг/добу.

Через 2 місяці після хірургічного лікування пацієнтам проведено одномоментне або поетапне пластичне закриття трахеостоми або трахеоларингостоми місцевими тканинами. Дихання через природні шляхи у пацієнтів вільне, просвіт трахеї широкий. У 5 хворих залишено мікротрахеостоми через недостатність розподільної функції. У всіх хворих компенсовано або субкомпенсовано голосову функцію. Усім хворим через 2 місяці після хірургічного лікування за ТТГ понад 30 мМОд/мл проведено діагностичне сканування та перший курс радіойодабляції йодом-131 у дозі 75-150 мCi (2,775-5,550 MBq). За час спостереження у 5 па-

цієнтів відзначався рецидив захворювання у вигляді метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах шиї. Їм проведено радикальне видалення лімфатичних вузлів. 5 пацієнтів померли після хірургічного лікування від пролонгації та генералізації захворювання.

Запропонована тактика лікування хворих на рак щитоподібної залози з проростанням у трахею,

гортань і метастазуванням у регіонарні лімфатичні вузли дозволяє підвищити ефективність лікування, поліпшити віддалені результати (показник виживаності у групі склав 79,2%, рецидиви — 20,8%), а також функціонально реабілітувати пацієнтів: голосову функцію частково або цілком відновлено у 100% випадків, дихання через природні шляхи — у 79,2% хворих.

Ю.І. Караченцев, В.В. Хазієв, М.В. Дубовик, І.О. Лях, В.Л. Герасименко, Л.В. Герасименко

ВПЛИВ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА АНТИТИРЕОЇДНИЙ ІМУНІТЕТ У ХВОРИХ НА ОДНОВУЗЛОВИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Інститут проблем ендокринної патології імені В.Я. Данилевського АМН України, Харків

Хірургічне лікування такої патології, як вузловий нетоксичний зоб, навіть шляхом органозберігаючих операцій, за даними літератури, призводить до розвитку поопераційного гіпотиреозу у 5-40% випадків, частину яких спричинює осередковий або дифузний аутоімунний тиреоїдит у залишках щитоподібної залози (ЩЗ).

Метою дослідження було визначення впливу органозберігаючих операцій на гормональні та імунні характеристики ЩЗ у поопераційний період.

У групі хворих з одновузловим еутиреоїдним зобом (80 пацієнтів), яким проведено стандартне хірургічне лікування в обсязі субтотальної резекції ураженої частки, було досліджено вміст у крові $T_{3\text{віль}}$, $T_{4\text{віль}}$, ТТГ, Ат до ТПО, ТГ у вихідному стані та через 3 і 6 місяців по операції. Усі пацієнти — жінки, середній вік — $36,1 \pm 3,4$ року. Для забезпечення однорідності групи хворих відбирали за такими критеріями: жінки 20-40 років, наявність одновузлової патології ЩЗ, еутиреоїдний стан за даними гормонального дослідження, відсутність аутоімунного процесу у ЩЗ за даними дослідження рівня Ат до ТПО. Усім хворим виконано субтотальну резекцію однієї частки з видаленням вузла у межах здорової тканини (за умов доброякісності процесу за дани-

ми експрес-біопсії заморожених зрізів). Виявлено 55 одновузлових колоїдних зобів, 25 фолікулярних аденом ЩЗ. Об'єм залишку оперованої частки ЩЗ складав від 1 до 3 см³. На термін дослідження жодному з пацієнтів препарати замісної тиреоїдної терапії не призначалися.

Закономірним явищем у поопераційний період в обох групах дослідження було зниження рівнів $T_{3\text{віль}}$, $T_{4\text{віль}}$, що пояснюється видаленням досить значної частини функціонуючої тиреоїдної тканини. Але вірогідної різниці у різні терміни по операції виявлено не було ($p > 0,05$). Рівень ТТГ мав тенденцію до підвищення, але залишився у межах фізіологічної норми у всіх хворих. Рівень Ат до ТПО підвищився з $6,94 \pm 7,52$ до $32,86 \pm 6,45$ МОд/л ($p < 0,001$) через 6 місяців після операції. Рівень ТГ мав подібну тенденцію до збільшення, але залишався у межах нормальних показників (0-50 нг/л).

Отже, після органозберігаючих операцій у хворих на еутиреоїдну вузлову патологію ЩЗ спостерігається активізація аутоімунного антитиреоїдного процесу, що може свідчити про можливість розвитку хронічного аутоімунного тиреоїдиту у куксах ЩЗ і ризик поопераційного гіпотиреозу у віддалені терміни після операції.