

І.М. Павловський

ПООПЕРАЦІЙНИЙ РЕЦИДИВНИЙ ЗОБ: ПРИЧИНИ, ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Проведено аналіз хірургічного лікування 216 хворих на поопераційний рецидивний зоб (ПРЗ). Серед них переважали мешканці Прикарпатського ендемічного зобного регіону — 201 пацієнт (93% від усіх аналізованих хворих). Вік пацієнтів — від 17 до 75 років; жінок було 210 (94,17%), чоловіків — 13 (5,83%). 203 хворих оперовано з приводу рецидиву зоба і 13 (6,4%) — повторного рецидиву зоба.

Першу операцію на щитоподібній залозі (ЩЗ) у 135 хворих було виконано з приводу вузлового колоїдного зоба (ВКЗ); у 14 — вузлового токсичного зоба (ВТЗ) (функціональної автономії); у 39 — дифузного токсичного зоба (ДТЗ); у 13 — аденом різної структури без ознак гіперфункції ЩЗ; у 15 — аутоімунного тиреоїдиту (АТ). У клініці першу операцію виконано у 62 (28,7%) пацієнтів, у лікувальних закладах регіону — у 139 (64,3%) та у 15 (7,0%) — у лікувальних закладах України та за її межами.

Серед причин виникнення ПРЗ виділяємо морфологічні як основу продовження та рецидиву захворювання в тиреоїдному залишку; тактичні та технічні — зумовлені вибором неадекватного наявній патології обсягу операції та технічними помилками її виконання; реабілітаційні — неповноцінність замісної та патогенетичної терапії у поопераційний період.

Щорічно хворі на ПРЗ складали від 1,91% до 5,20% загальної кількості хворих, оперованих у клініці на ЩЗ. Розподіл хворих за структурно-морфологічними характеристиками рецидивного зоба наведено у табл. 1.

У тиреоїдному залишку після операції з приводу ВКЗ переважали доброякісні утворення — 19 (64%)

хворих. Серед інших були також хворі на рак, аденому ЩЗ, АТ. Із 6 хворих на нове захворювання тиреоїдного залишку (НЗТЗ), що виникло після ДТЗ, у 4 (66,6%) були злоякісні пухлини. Після операцій з приводу аденоми ЩЗ у всіх хворих виникло НЗТЗ, з них 7 (54%) хворих мали злоякісні пухлини. Папілярний рак як НЗТЗ розвинувся в однієї хворої з 15 оперованих із приводу АТ.

Для добору обсягу операції у перший період досліджень (1995-2000 рр.) ми враховували патогенетичні механізми захворювання, обсяг попередньої операції, характер рецидиву (вузловий, багатовузловий, дифузний, мішаний), локалізацію та поширеність рецидиву, макроскопічні зміни ЩЗ, функцію ПРЗ. З огляду на методологічні підходи до вибору обсягу операції у цей період переважали операції резекційного типу — 55,2%, а серед 49 тиреоїдектомій 4 виконано за раку в тиреоїдному залишку, а у 32 пацієнтів вони були остаточними тиреоїдектоміями після попередньої гемітиреоїдектомії (ГТЕ), або ГТЕ з резекцією протилежної частки. Операції на ЩЗ виконували за субфасціальним методом, рідко візуалізували поворотні гортанні нерви та прищитоподібні залози (ПЩЗ), намагаючись, аби вони не потрапили у затискач або лігатуру.

У другий період дослідження (2001-2007 рр.) для добору обсягу операції враховували можливі причини й чинники, що зумовили виникнення рецидиву захворювання, особливості структури та функції ПРЗ, результати ТАПБ і субопераційного цитологічного аналізу мазків-відбитків, а останніми роками — результати експрес-гістологічного аналізу підозрілих ділянок ПРЗ.

Таблиця

Структура рецидивного зоба

Діагноз після попередньої операції (n=216)	Діагноз після повторної операції (n=216)	
	повторення захворювання (n=166)	НЗТЗ (n=50)
Вузловий колоїдний зоб (n=135) (62,5%)	105 (63,2%)	30 (60%)
Вузловий токсичний зоб (n=14) (6,5%)	14 (8,4%)	—
Дифузний токсичний зоб (n=39) (18%)	33 (19,9%)	6 (12%)
Аденома (n=13) (6,0%)	—	13 (26%)
АТ (n=15) (7,0%)	14 (8,5%)	1 (2%)

Хірургічні втручання виконували лише за екстрафасціальним методом, який передбачає візуальну верифікацію ПЩЗ і поворотних гортанних нервів. Ми удосконалили технологію та розробили алгоритм виконання операцій, який передбачає чітку поступову мобілізацію тиреоїдної тканини ПРЗ, екстрафасціальне перев'язування судин, виконання операції на "сухому" операційному полі з використанням прецизійної техніки препарування тканин за допомогою дисектора та за принципом мінімуму інструментів в операційному полі. За підозри на порушення кровопостачання ПЩЗ проводили їх фрагментацію і трансплантацію у груднино-ключично-сосцеподібні м'язи. Алгоритм виконання операції полягав у послідовних діях хірурга — мобілізації тканини ПРЗ у передній, верхній, нижній і латеральній його ділянках. Це дозволяє попередити специфічні ускладнення, передусім травми гортанних нервів і випадкове видалення ПЩЗ. Відхилення від цього алгоритму дій безумовно можливі, проте дотримання його значно спрощує виконання операції.

Специфічними ускладненнями після операцій, як і в повідомленнях літератури, були травми поворотних гортанних, верхніх гортанних (голосових) нервів та їх наслідки (порушення функції зовнішнього дихання, фонації та ковтання), тиреотоксичні реакції, гіпокальціємія.

За перший період було 40 випадків травм поворотних гортанних нервів. Із них 9 транзиторних, у тому числі 4 двобічних і 2 за вже існуючого парезу однієї половини гортані. Постійні парези гортані встановлено у 31 пацієнта, з них 14 двобічних і 17 однобічних, у тому числі у 2 пацієнтів за вже існуючого парезу однієї половини гортані.

У другий період дослідження виявили 25 травм поворотних гортанних нервів, із них 8 транзиторних і 17 постійних парезів гортані. Не було випадків травм нерва на протилежному боці за вже існуючого парезу гортані.

Вважаємо, що на частоту травм поворотних гортанних нервів впливає багато чинників. Безумовно, це прецизійна техніка виконання операції. Проте мають значення характер і вираженість росту вузлів та їх розміри. Зокрема, аналіз значення розміру зоба встановив, що зі збільшенням розмірів зоба частота травм поворотних і верхніх гортанних нервів зростає. Екстрафасціальний метод операції на ЩЗ дозволив зменшити частоту парезів гортані за другого ступеня збільшення зоба в 1,7 разу, а за третього — у 2,2 разу.

Ми вперше провели аналіз травм верхніх гортанних (голосових) нервів. Частота такого усклад-

нення склала 19,6% (28 випадків із 143 обстежених). Нами встановлено, що клінічні прояви такого ускладнення можуть бути різними: похлинання за вживання переважно рідкої їжі, втрата голосу на верхніх регістрах, поєднання похлинання та втрати голосу. Згідно з анатомо-фізіологічними даними, похлинання є наслідком травми внутрішньої гілки верхнього гортанного (голосового) нерва, втрату голосу зумовлено пошкодженням однієї із зовнішніх гілок, а поєднання симптомів трапляється за травми стовбура нерва. Вважаємо, що основним методом профілактики такого ускладнення є роздільне перев'язування гілок верхньої щитоподібної артерії якомога ближче до капсули ЩЗ і візуалізація нерва.

З приводу повторних рецидивів зоба оперували 13 пацієнтів. Операції у них відрізнялися значною технічною складністю. Інтраопераційні ускладнення розвинулися у 7 із них. Летальних випадків не було.

ВИСНОВКИ

1. Операції з приводу ПРЗ у структурі хірургічних втручань на ЩЗ щорічно становлять від 1,91% до 5,2%. У структурі ПРЗ повторення первинного захворювання траплялося у 76,85% пацієнтів, і у 23,15% розвинулося нове захворювання у тиреоїдному залишку.

2. У структурі повторних захворювань ЩЗ вузловий колоїдний зоб становив 63,2%, вузловий токсичний — 8,4%, дифузний токсичний — 19,9%, аутоімунний тиреоїдит — 8,5%. Не було рецидиву аденоми ЩЗ.

3. Серед пацієнтів із НЗТЗ у 26 хворих було доброякісне захворювання й у 24 — злроякісне. Після операцій з приводу ВКЗ переважали доброякісні захворювання (63%), після ДТЗ — злроякісні новоутворення (83%), після аденоми — теж злроякісні пухлини ЩЗ (54%).

4. Абсолютними показаннями до операції у хворих на ПРЗ є компресія зоба на органи шиї, підозра на рак, злроякісні новоутворення, рецидив токсичного зоба. Відносними показаннями вважаємо косметичні дефекти шиї, викликані ПРЗ, дискомфорт у ділянці шиї за наявності зоба.

5. Причинами ПРЗ є неадекватний наявній клінічній ситуації обсяг операції та технічні помилки її виконання. Операції за вузлового колоїдного зоба мають бути обґрунтовано максимально радикальними в обсязі гемітиреоїдектомії за ураження однієї частки та тиреоїдектомії за процесу в обох частках.

6. Відсутність або неповноцінність медичної реабілітації хворих після операцій на ЩЗ є однією з

провідних причин продовження та прогресування захворювання в тиреоїдному залишку і виникнення ПРЗ.

7. Операції з приводу ПРЗ є технічно складними та супроводжуються значною кількістю ускладнень: транзиторні гіпокальціємії розвинулися у 21 (9,72%) хворого, постійними залишилися у 4 (1,85%).

8. Розроблені алгоритм і технологія виконання хірургічного втручання у хворих на ПРЗ дозволили зменшити кількість специфічних ускладнень операцій на ЩЗ: постійних травм поворотних гортанних нервів у 1,8 разу, верхніх гортанних (голосових) нервів — більше, ніж у 2 рази, а гіпокальціємію — у 2,6 разу.

В.І. Пантьо, В.М. Шимон, Р.М. Сливка, С.С. Чундак

ВИКОРИСТАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ОСТЕОПЕРФОРАЦІЇ ТА РЕГІОНАРНОЇ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ФОРМОЮ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Ужгородський національний університет, Ужгород

За даними літератури, лише 50% хворих після ампутації кінцівки здатні пересуватись у межах квартири. У 50-70% випадків гнійно-некротичний процес розвивається й на другій кінцівці, що нерідко стає показанням до її ампутації. Саме тому лікування гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок за цукрового діабету (ЦД) є складним, часто неефективним і вимагає значних моральних, матеріальних і фізичних витрат.

У патогенезі судинних розладів значне місце посідає стан мікроциркуляції, яка відіграє основну роль у компенсаторних механізмах за розвитку ішемії тканин. Переважно периферичний тип ураження судин нижніх кінцівок зі включенням у процес підколінних, гомілкових та артерій стопи, значні порушення мікроциркуляторного русла обмежують можливості судинного хірурга адекватно відновити кровообіг за діабетичних ангіопатій. На відміну від "чистого" атеросклерозу з ураженням стегнових і підколінних артерій, за діабетичної макроангіопатії процес, як правило, локалізується нижче коліна, у дистальних відділах кінцівок, що обумовлено раннім приєднанням характерних для діабету уражень дрібних судин. Консервативна терапія у цих хворих не дає очікуваного ефекту, сподіватися на задовільний результат реконструктивних операцій також не доводиться.

Ми провели обстеження та комплексне лікування 14 хворих на цукровий діабет 2-го типу з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи (СДС), яким із тих або інших причин не проводились реконструктивні операції. Усі пацієнти перебували на лікуванні у хірургічному відділенні Ужгородської відділкової клінічної лікарні протягом

2007-2008 року. Вік хворих складав від 53 до 68 років, жінок було 3, чоловіків — 11.

Усім хворим виконано катетеризацію а. epigastrica inferior із наступним проведенням регіонарної внутрішньоартеріальної пролонгованої терапії (РВПТ), яка включала інфузію низькомолекулярних декстранів (реополіглюкіну); ангіопротекторів — пентоксифіліну, солкосерилу; антиагрегантів — діпіридамолу, курантилу; ніотинової кислоти; новокаїну, магнію сульфату, гепарину, антибактеріальних препаратів згідно з антибіотикограмою. РВПТ проводили безпосередньо через а. epigastrica inferior в а. iliaca externa та забезпечували інфузоматами "ВЕДА-2" та "Lineomat" цілодобово протягом перших 3-4 діб із наступним переходом на 8-10-годинні інфузії щоденно. Через переважання серед хворих людей похилого віку з тяжкою супутньою патологією (насамперед серцевою), прагнули до зменшення об'єму лікарських препаратів, які вводяться, що й забезпечували даною методикою.

Одночасно хворим проводили лазерну остеоперфорацію великогомілкової кістки з метою стимуляції неоангіогенезу за рахунок кровообігу кісток гомілки. Для цього використовували сертифікований вітчизняний високо інтенсивний діодний лазер "Ліка хірург" із довжиною хвилі 940 нм, потужністю до 32 Вт у постійному та модульованих режимах роботи. Оперативне втручання проводили під загальним знеболенням пункційним методом по бокових поверхнях великогомілкової кістки за допомогою моноволоконного світловоду діаметром 1,0 мм, який підводився до кістки через голку відповідного діаметра. Оперативне втручання займа-