

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕНДОКРИННОЇ ХІРУРГІЇ

науково-практична конференція з міжнародною участю,
присвячена 50-річчю утворення
центру ендокринної хірургії у Львові

22-24 жовтня 2008 року, Львів

(далі в рубриці — вибрані матеріали)

М.П. Павловський

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЕНДОКРИННИХ ОРГАНІВ

(огляд діяльності кафедри та клініки факультетської хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького за 1958-2008 рр.)

Однією з актуальних проблем, які перебувають у центрі уваги кафедри та клініки, від самого початку її організації (1897 р.) є хірургія ендокринних органів. Протягом усього періоду діяльності клініка приділяла велику увагу хірургічному лікуванню зоба у зв'язку з ендемією його в західних областях України. Вивченню підлягали етіологія, патогенез, патологічна анатомія, показання та підготування до операції, методи та техніка операцій, віддалені результати лікування хворих на зоб. Ще професори Л. Рідігер, Т. Островський наприкінці XIX і на початку XX сторіччя аж до 1939 р. вивчали проблему діагностики та лікування хірургічної патології щитоподібної залози (ЩЗ). Особливого розвитку тиреоїдна хірургія зазнала від 1944 р., коли клініку очолив професор Г.Г. Караванов. Старанне, патогенетично обґрунтоване підготування пацієнтів до операції, надто хворих на дифузний токсичний зоб (комбінація седативних засобів, інгібіторів гормональної функції ЩЗ, кортикостероїдів, лікарських препаратів з метою нормалізації функцій серцево-судинної системи, печінки й інших органів і систем), створення умов для фізичного та психічного спокою хворих, довіри їх до хірурга, плекання впевненості в одужанні після операції — усе це чинники, які сприяли успіху.

За дифузного токсичного зоба (ДТЗ) раніше застосовували субтотальну резекцію обох час-

ток ЩЗ із видаленням перешийка та залишенням мінімальної кількості паренхіми залози. Останніми роками за резистентного до сучасних засобів і методів лікування ДТЗ, за рецидивів тиреотоксикозу на тлі комплексного лікування хворих, а також за рецидиву ДТЗ після резекційної операції виконуємо тиреоїдектомію.

За вузлових еутиреоїдних зобів раніше застосовували енуклеацію вузлів, резекцію часток або гемітиреоїдектомію. За загруднинних зобів (основною своєю частиною зоб розташований в грудній порожнині) частіше виконуємо операції з шийного доступу з вивихуванням зоба з грудної клітки з наступним адекватним дрениванням (з активною аспірацією) залишкових порожнин. Тип операції — за Герценом-Мартинівим. Іноді операцію починаємо з ізольованого перев'язування верхніх щитоподібних артерій, що створює вигідні умови для вивихування, резекції, видалення частки ЩЗ або тиреоїдектомії. Рідше, за розташування великого зоба повністю у порожнині грудної клітки, застосовуємо часткову або повздовжню тотальну стернотомію.

Раніше під час операцій на ЩЗ користувалися переважно методикою О. Ніколаєва. Проте досвід клініки, результати операцій, які не завжди задовольняли нас і пацієнтів (пошкодження гортанних нервів, гіпопаратиреоз), спонукали нас змінити технологію виконання операції із субфасціальної на екстрафасціальну, з

верифікацією поворотних і верхніх гортанних (голосових) нервів і прищитоподібних залоз.

Принциповим є добір методу знеболення. Методом вибору знеболювання операцій на ЩЗ вважаємо ендотрахеальний наркоз із внутрішньовенним потенціюванням. Цей вид анестезії забезпечує достатній захист пацієнта від операційного стресу та гіпоксії у ході маніпуляцій у зоні гортанних нервів і трахеї, які можуть спричиняти розвиток токсичних реакцій. Інші види знеболювання (місцеву анестезію з так званою загруднинною блокадою, нейролептаналгезію тощо, які раніше, надто у післявоєнні роки, переважали в клініці) тепер вважаємо неадекватними, тому що вони є менш керованими, не забезпечують достатньої глибини та м'язової релаксації, а у випадках будь-яких ускладнень під час операції ставлять хірурга у складну ситуацію, коли іноді доводиться негайно інтубувати хворого та переходити на ендотрахеальне загальне знеболення з керованим диханням, штучною вентиляцією легень.

У клініці вдосконалюємо та протягом багатьох (понад 50) років застосовуємо техніку пункційної біопсії ЩЗ, включаючи методику тонкоіголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) під контролем ультрасонографії, уточнюємо цитологічну картину різних форм зоба, проводимо порівняльну оцінку результатів цито- та гістологічних досліджень тощо.

З'ясовано ефективність новокаїнової блокади зірчастого вузла щодо перебігу гіпертиреозу та вплив видалення цього ганглія на різко виражений екзофтальм у тих пацієнтів, у яких він не зникає після хірургічного лікування ДТЗ.

Свого часу (50-60-ті роки минулого сторіччя) найтяжчим, загрозливим для життя ускладненням безпосередньо після операції з приводу ДТЗ був так званий "тиреотоксичний криз" — своєрідна "вегетативна буря", яка розвивалася на тлі патологічно зміненої внаслідок тиреотоксикозу, але до цього ще взаємоскоординованої діяльності всіх органів і систем. Позбавлення організму патологічно високого рівня гормонів ЩЗ спричиняє зрив усталеного підвищеною функцією залози стереотипу. Завдання лікаря — відновити гормональну рівновагу в організмі, передусім між гормонами ЩЗ і надниркових залоз, вплинути на перезбуджену нервову систему, підтримати діяльність серця, печінки, інших органів і систем. Тепер ми вміємо попе-

реджати та лікувати "тиреотоксичний криз", але раніше — аж страшно згадувати — такі кризи нерідко закінчувалися летально.

Тиреотоксичний криз може розвинутися й у тих хворих на тиреотоксикоз, навіть приховану його форму, яким виконують операцію з приводу будь-яких хірургічних захворювань не на ЩЗ (апендицит, грижа, гінекологічні хвороби тощо).

Ми у клініці дотримуємо засади, що якщо хворий на ДТЗ потребує планової операції не на ЩЗ, то спочатку він підлягає терапевтичному або хірургічному лікуванню ДТЗ. У випадку операційного втручання з приводу гострого хірургічного захворювання або травми слід вжити усіх необхідних заходів попередження тиреотоксичного кризу.

В експерименті на тваринах вивчено регенерацію ЩЗ після операції у різних умовах. У клінічному аспекті заглиблюємося у вивчення причин рецидиву зоба, зв'язок його з особливостями операційної техніки, методи запобігання. Вивчаємо морфофункціональні особливості зоба та підходи до його хірургічного лікування в осіб похилого і старечого віку. Приділяємо увагу вивченню віддалених результатів операцій з приводу зоба. У віддалений період в окремих пацієнтів виникає низка патологічних симптомів, пов'язаних, з одного боку, з тим, що операція їх не ліквідувала, з іншого — що операція або була неадекватною, неповноцінною, або супроводжувалася ускладненнями, які спричинили виникнення нової специфічної патології (тетанія, парез голосових складок тощо).

Протягом понад 60 років у клініці у ряді випадків за гіпотиреозу з певною ефективністю застосовуємо "підсадку" збереженої в умовах гіпотермії власної або від однокрупного "донора" тканини ЩЗ (надто від хворих на ДТЗ). За післяопераційного гіпопаратиреозу (тетанії) вивчали ефективність спленіну, паратиреоекрину, підсадженої за В. Оппелем бульйонної кісточки, вживання препаратів кальцію, тертої яєчної шкаралупи тощо.

Усі ці роки в клініці проводиться всебічне вивчення методів діагностики, особливостей перебігу, метастазування, обсягу та вдосконалення техніки операцій, додаткового променевого і радіоїодного лікування різних форм раку ЩЗ. Тепер налагоджено тісну співпрацю клініки та Львівського регіонального онко-

логічного центру щодо комплексного лікування хворих на рак ЩЗ.

Цього року виповнюється рівно 50 років, відколи ми в клініці започаткували хірургію надниркових залоз. Тут слід згадати такі "витоки" цього важливого розділу ендокринної хірургії в нашій клініці. Вчитель професора Г.Г. Карава нова, професор В.М. Шамов у Харкові, наприкінці 1929 і на початку 1930 рр., у двох номерах журналу "Новый хирургический архив" опублікував наукову працю "До клініки первинних пухлин надниркових залоз" — працю, яка й досі не втратила свого теоретичного та практичного значення. Молодий хірург Г.Г. Караванов був свідком цих унікальних на той час операцій, запам'ятав на все життя цих хворих і виконані їм операції. Отже, коли 1958 року до клініки звернулася пацієнтка з гірсутизмом на тлі пухлини надниркової залози (андростероми), професор згадав події 40-річної давнини, і ми успішно прооперували хвору. Другою була хвора з феохромоцитомою. Кілька місяців перед тим у клініці оперовано молоду дівчину з аренобластомою яєчника з надзвичайно вираженим гірсутизмом і вірилізацією.

Ось так усе і почалося. Проблема стала темою моєї докторської дисертації (захищеної 1970 року), трьох кандидатських дисертацій, розвинувся і закріпився у колективі цікавий напрям наукових досліджень, впровадження їх результатів у клінічну практику — вивчення патології надниркових залоз й ендокринних розладів, пов'язаних із патологією яєчників, гіпофіза: успішно розвинулася хірургія хвороби та синдрому Іценка-Кушинга (пухлини гіпофіза, кортикостерома), хірургія синдрому Конна (альдостерома), вірилізму (андростерома), фемінізму (кортикостерома), мішаних, переважно злоякісних пухлин кори надниркових залоз, а також мозкового шару — феохромоцитом, а останніми роками — випадково виявлених під час УСГ, КТ пухлин надниркових залоз — інциденталом; синдрому Штейна-Левенталя (склерокістоз яєчників) та інших вірилізуючих синдромів яєникового генезу, зокрема тих, що розвиваються на тлі аренобластом, лютеом, теком, пухлин із клітин Лейдіга тощо. Питання діагностики та хірургічного лікування цієї групи ендокринних захворювань раніше не вивчалися не лише у Львівській, але й в інших областях України, та й тепер їх вивча-

ють лише в поодиноких осередках хірургії ендокринних органів.

Ми досягли того, що для діагностики та лікування цієї групи хворих застосовуємо практично усі сучасні методи. Дотепер у клініці прооперовано понад 1000 хворих із пухлинами надниркових залоз, сотні пацієнтів із гормонально активними пухлинами яєчників, яєчок. Вже повиростали та стали батьками сотні дітей, які народилися у безплідних до наших операцій матерів, нам вдячні сотні щасливих сімей. Ми освоїли та виконуємо пластичні операції, зокрема, вагінопластику (кольпопоез) за аномалій і вад розвитку зовнішніх статевих органів, передусім у хворих із вродженим адреногенітальним синдромом (несправжній жіночий псевдогермафродитизм). Нерідко доводиться виконувати операції зі зміни статі у тих пацієнтів, яких не вдається переконати у недоцільності таких втручань і які вже домоглися дозволу на зміну статі у відповідній комісії при МОЗ України.

Останніми роками в клініці нашу увагу все більше привертають пацієнти із МЕН Іа і МЕН ІІб синдромами: діагностика та хірургічне лікування таких хворих вимагають мобілізації значних інтелектуальних сил, а результати лікування надихають на подальше вивчення і розв'язання багатьох аспектів цієї проблеми. На все більшу увагу заслуговують пацієнти із метаболічним синдромом і його ускладненнями, які вимагають комплексного, у низці випадків — і хірургічного лікування. Працюємо над верифікацією причин ожиріння та вдосконаленням бариатричних операцій, зокрема малоінвазивних (відеоендоскопічних).

У тісному зв'язку з проблемою хірургії надниркових залоз перебуває проблема функціонального стану надниркових залоз у низки хірургічних хворих. У клініці вже давно встановлено, що майже в усіх хворих на тривалі виснажливі захворювання, зі зниженими функціями, передусім печінки і нирок, за тиреотоксикозу, а також в осіб, які раніше тривало приймали кортикостероїди, оперативне втручання з приводу хірургічної патології пов'язано з небезпекою виникнення адренокортикальної недостатності. Така небезпека може виникнути за тяжких травм, складних операцій, тривалого наркозу тощо. Використовуємо лабораторні методи дослідження, за результатами яких можна перед операцією з'ясувати ступінь порушення

функції та резервні можливості надниркових залоз, запропонували та застосовуємо раціональне призначення кортикостероїдів для попередження і лікування гострої надниркової недостатності (видали методичний лист "Застосування гормонів наднирків у хірургії"). Свого часу клініка виступила ініціатором диспансеризації осіб, які приймають кортикостероїди, і рекомендувала лікарям, передусім сімейним і дільничним, ввести у практику запропоновані нами довідки, в яких, окрім відомостей про захворювання і застосуванню гормонотерапію, наводимо схеми призначення гормонів у випадках травм і тяжких інфекційних захворювань у таких пацієнтів. Знаю, що ці наші рекомендації впроваджено в установах медично-санітарної служби Львівської залізниці, їх використовують деякі ендокринологи.

Велике, насамперед практичне значення має проблема знеболювання під час операцій на надниркових залозах, надто за феохромоцитом, а також в осіб, які тривалий час приймають кортикостероїди з приводу різних захворювань. У клініці опрацьовано раціональні методи комбінованого знеболення операцій у цієї групи хворих. Наші рекомендації впроваджені й використовуються у щоденній праці реанімаційних відділень і палат інтенсивної терапії численних клінік і лікарень Львівщини, західних областей України.

Щодо первинного гіперпаратиреозу (ПГПТ), то у низці випадків вперше у Західній Україні в клініці успішно видалено аденоми прищитоподібних залоз (ПЩЗ), зокрема й за їх локалізації у середостінні. Гіперпаратиреоз манифестував у хворих передусім остеопорозом, патологічними переломами кісток, нерідко поєднувався з масивними каменями в мисках обох нирок, жовчному міхурі, підшлунковій залозі, за вираженої кальціємії (загальний та іонізований кальцій) і фосфатемії (неорганічний фосфор), високого рівня паратгормону тощо. Локалізувати патологічно змінені ПЩЗ останніми роками допомагають такі методи, як УСГ, КТ, сцинтиграфія із Tc^{99m} -Sestamibi. З метою поширення інформації про ПГПТ серед лікарів — урологів, гастроентерологів, травматологів, стоматологів спеціалісти клініки читали лекції, виступали на ранкових нарадах у відповідних відділеннях лікарень, доповідали на засіданні обласних осередків асоціацій лікарів різних

фахів тощо. Саме така наша діяльність дає певні успіхи: кількість пацієнтів із ПГПТ у клініці останніми роками складає 10-11 щорічно, тоді як раніше ми оперували щонайбільше 3-4 хворих на рік. Проте розуміємо, що це лише початок. У розвинених країнах Європи й Америки ПГПТ належить до найпоширеніших хвороб ендокринної системи і поступається частотою лише цукровому діабету та патології ЩЗ. В Україні щороку виявляють не більше 100 хворих на ПГПТ. Отже, належить вжити ще багато зусиль, аби запровадити тотальний скринінг хоча б загального кальцію, щоб не лише діагностувати хворобу, але й виявляти її на ранніх стадіях, коли ще немає скарг або асоційованих хвороб.

Ми в клініці одними з перших у Західній Україні виконали операції на підшлунковій залозі за таких гормонально активних її пухлин, як інсуліноми, гастриноми, ВІПоми та інші апудоми, навчилися їх діагностувати і останніми роками успішно оперуємо таких хворих методом відеолапароскопії. Цей метод дозволяє уникнути тяжких і небезпечних ускладнень, які траплялися раніше після "відкритих" травматичних операцій на підшлунковій залозі.

Велику увагу приділяємо хірургічним ускладненням цукрового діабету та вдосконаленню лікування хворих на цукровий діабет із хірургічними, надто гострими, захворюваннями. Лікування таких пацієнтів вимагає впровадження низки спеціальних організаційних заходів, тісної співпраці з ендокринологами. Протягом десяти років клініка плідно співпрацює з фахівцями обласного та міського ендокринологічних диспансерів, працівниками кафедри ендокринних хвороб, яку — одну з перших в Україні — організовано у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького за нашою ініціативою.

Міжнародне визнання отримали праці, які вийшли з клініки та присвячені алотрансплантації, надто інтрапортальній, бета-клітин підшлункової залози за цукрового діабету.

Щоденно у клініці перебувають на лікуванні 15-20 пацієнтів із синдромом діабетичної стопи, функціонує кабінет діабетичної стопи, в якому лікарі та середній медперсонал навчаються обстеженню хворих, догляду за нижніми кінцівками, методам профілактики типових ускладнень діабету. З проблем діабетичної стопи

також захищено та продовжують виконуватися докторські й кандидатські дисертації.

Отже, колектив клініки займається поглибленим вивченням різних аспектів ендокринології та вже протягом десятків років робить свій посильний внесок у розвиток хірургії ендокринних органів.

РЕЗЮМЕ

Хирургическое лечение заболеваний эндокринных органов (обзор деятельности кафедры и клиники факультетской хирургии Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого за 1958-2008 гг.)

М.П. Павловский

Одной из актуальных проблем, которая находится в центре внимания кафедры факультетской хирургии Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого от самого основания кафедры (1897 г.), является хирургия эндокринных органов. На протяжении всего периода деятельности клиника уделяла большое внимание хирургическому лечению зоба, что связано с эндемией зоба в Западных областях Украины, хирургическому и лучевому лечению различных форм рака щитовидной железы; сотрудники клиники работают над улучшением ранней диагностики первичного гиперпаратиреоза. В клинике оперируются как открытым методом, так и лапароскопически больные с опухолями надпочечников, нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы, яичников.

Ключевые слова: щитовидная железа, зоб, рак щитовидной железы, первичный гиперпаратиреоз, надпочечники, нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы, хирургия эндокринных органов.

SUMMARY

Surgical treatment of diseases of endocrine organs (experience review of department and clinic of faculty surgery of Lviv national medical university by Danylo Galytski during 1958-2008)

M. Pavlovsky

One of the main problem, the faculty surgery department of Lviv national medical university by Danylo Galytski is dealing with, beginning from it's foundation in 1897, is the surgery of endocrine organs. During all period of activity at department big attention was given to surgical treatment of endemic goiter, due to endemy of goiter in the western regions of Ukraine, combined management of different forms of thyroid cancer; surgeons in our department are working at improvement of early diagnosis of primary hyperparathyroidism. Conventional and endoscopic surgery is performed in our clinic in cases of adrenal tumors, neuroendocrine tumors of pancreas, ovaries.

Key words: thyroid gland, thyroid cancer, primary hyperparathyroidism, adrenal glands, neuroendocrine tumors of pancreatic gland, endocrine organs surgery.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.