

І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський, О.А. Крижановський, М.І. Горлачов,
П.П. Сакевич, М.О. Дудченко, О.А. Шкурूपій, Т.Г. Діхтенко

ДІАГНОСТИКА ТА ДОБІР ОПЕРАЦІЇ ЗА ВУЗЛОВОГО ЕУТИРЕОЇДНОГО ЗОБА

ВСТУП

Поява вузлів у паренхімі щитоподібної залози (ЩЗ) вважається частим захворюванням. Вузли, доступні пальпації, виявляються у 4-8% осіб, а під час виконання УЗД, МРТ їх вдається виявити у 30-50% дорослого населення [5]. Проблема лікування вузлового зоба визнається насамперед можливістю трансформації його у злоякісну пухлину, багатофокусним ураженням ЩЗ, відсутністю чітких критеріїв вибору обсягу оперативного втручання, специфічними ускладненнями після операції, що сягають інколи 0,5-20% [4], рецидивами зоба, які спостерігаються у 30-80% оперованих [3].

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

За 10 років спостерігали 562 хворих на вузловий еутиреоїдний зоб. Жінок було 541 (96,3%), чоловіків — 21 (3,7%). Вік хворих — 23-72 роки. З часу виявлення вузла минуло 3-10 років, у середньому 4,5 року. Причиною запізного звернення по хірургічну допомогу була відсутність жодних хворобливих проявів у більшості пацієнтів. У решти провідними скаргами були: поява помітного утворення та зміна конфігурації передньої поверхні шиї, зміна тембру голосу у 35 (6,2%) осіб, незначне утруднення ковтання — у 47 (8,4%). Хворим виконували загальноклінічні обстеження. Визначали рівень тиреотропного гормону, тироксину, трийодтироніну у сироватці крові. Виконували УЗД ЩЗ, частині хворих — МРТ [1].

У формуванні програми лікування провідне місце посідало морфологічне дослідження тканини утворення. Усім хворим виконували ТАПБ. Мусимо зазначити, що у 78 (13,9%) випадках висновки дослідження виявилися помилковими, у 146 (25,8%) — неінформативними. У 12 (2,1%) осіб не розпізнано злоякісну пухлину залози. Допущені помилки вдалося виправити експрес-гістологічним дослідженням. У літературних джерелах відображено різні точки зору на лікування вузлових форм зоба на ранній стадії. З'явилися повідомлення про

успішне вилікування доброякісних утворень ЩЗ шляхом введення у вузол етанолу під контролем УЗД [2].

З урахуванням тривалості захворювання, даних об'єктивного огляду, лабораторних та інструментальних обстежень відзначили локалізацію вузла в одній частці у 219 (38,1%) осіб. Два і більше утворення в одній частці — у 209 (37,1%) пацієнтів. У 76 (13,5%) госпіталізованих утворення в паренхімі залози розміщувалися поряд, створювали один конгломерат або були на відстані до 1 см. У 134 (23,8%) хворих виявилися ураженими обидві частки ЩЗ. За допомогою МРТ додаткові утворення у ЩЗ виявлено у 7 осіб. Зоб еутиреоїдний.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У відпрацюванні тактичних варіантів лікування вузлових форм зоба вирішальне значення має визначення перед втручанням розташування утворення відносно суміжних тканин і характеру його морфологічної будови. Після УЗД і МРТ у 154 (27,4%) осіб виявлено утворення з чіткими контурами, щільною оболонкою та зниженою ехогенністю у центрі. Це дозволило встановити наявність кіст ЩЗ. Поєднання кісти з вузловим утворенням у паренхімі ЩЗ виявлено у 108 (19,2%) осіб. В усіх інших хворих отримані дані інструментальних обстежень дали підставу вести мову лише про обмежені утворення ЩЗ. Вирішального значення у кінцевому визначенні морфологічної будови утворення ЩЗ та обсягу операції надавали інтраопераційній діагностиці. Зазначимо також, що відсутність можливостей із різних причин на підставі ТАПБ робити чіткий висновок про характер тканини у вузлі в першу чергу зумовлювала категоричний радикалізм щодо вузлових утворень ЩЗ.

З діагнозом "вузловий еутиреоїдний зоб" усіх хворих оперовано під ендотрахеальним знеболенням. На початку втручання виконували цитологічне дослідження з різних ділянок поверхні ЩЗ.

Зі змінених ділянок ЩЗ витинали шматочок

тканини для термінового гістологічного дослідження. З цих же шматочків тканини виконували мазок для цитологічного дослідження. Отримані дані термінового обстеження були такими: колоїдний зоб діагностовано у 354 (62,9%), поєднання аденоми та колоїдного зоба — у 168 (29,8%), колоїдного зоба та аутоімунного тиреоїдиту — у 8 (1,4%), аденоми та аутоімунного тиреоїдиту — у 8 (1,4%), рак — у 24 (4,2%). Обсяг оперативного втручання був таким: субтотальна резекція однієї частки — у 9 (1,6%) хворих, гемитиреоїдектомія — у 395 (73,4%), гемитиреоїдектомія та субтотальна резекція другої частки — у 129 (23,9%), тиреоїдектомія — у 5 (0,9%). За ураження ЩЗ злоякісним процесом видаляли всю залозу. Хворі одужали.

ВИСНОВКИ

1. В алгоритмі діагностики вузлових утворень ЩЗ центральне місце має відводитись УЗД. У сумнівних випадках його варто доповнювати МРТ.
2. Визначенню програми лікування вузлового зоба має передувати тонкогolgока аспіраційна пункційна біопсія вузла (ТАПБ).
3. Обсяг оперативного втручання має визначатися після отримання результату експрес-гістологічного дослідження тканини у процесі операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Павловський М.П., Сироїд О.М., Коломійцев В.І. Особливості хірургічного лікування пацієнтів із автономним тиреотоксикозом у похилому та старечому віці // *Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии.* — Киев: Украина, 2006. — С. 51-53.
2. Плешков В.Г., Барсуков А.Н. Чрезкожная склерозирующая терапия этанолом узловых доброкачественных образований щитовидной железы: 11-летний опыт // *Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии.* — Киев: Украина, 2006. — С. 59-60.
3. Товкай О.А. Спосіб профілактики та хірургічного лікування післяопераційного гіпотиреозу у хворих на багатовузловий зоб // *Хірургія України, 2006.* — № 4. — С. 73-77.
4. Черненко С.М. Пути предупреждения специфических осложнений в хирургии щитовидной и околощитовидных желез // *Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии.* — Киев: Украина, 2006. — С. 46-48.
5. Шевченко С.П., Кузьмин Н.В., Сидоров С.В. Чрезкожная склерозирующая терапия этанолом узловых доброкачественных образований щитовидной железы: в МУЗ ГKB № 1 // *Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии.* — Киев: Украина, 2006. — С. 63-64.

РЕЗЮМЕ

Диагностика и выбор операции при узловом эутиреоидном зобе

И.А. Гиленко, Д.Г. Демьянюк, В.И. Ляховский, А.А. Крыжановский, М.И. Горлачев, П.П. Сакевич, М.А. Дудченко, А.А. Шкурупий, Т.Г. Дихтенко

За 10 лет наблюдали 562 больных узловым эутиреоидным зобом. Женщин было 541 (96,3%), мужчин — 21 (3,7%). Возраст больных — 23-72 года. Определяли уровень тиреотропного гормона, тироксина, трийодтиронина в сыворотке крови. Выполняли УЗИ, по показаниям МРТ. Всем больным выполняли тонкоигольную аспирационную биопсию узла (ТАБ). Конечная диагностика морфологического строения образования осуществлялась на операционном столе путем выполнения экспресс-биопсии. Коллоидный зоб диагностирован у 354 (62,9%), сочетание аденомы и коллоидного зоба — у 168 (29,8%), коллоидного зоба и аутоиммунного тиреоидита — у 8 (1,4%), аденомы и аутоиммунного тиреоидита — у 8 (1,4%), рак — у 24 (4,2%) больных. Субтотальную резекцию одной доли железы выполнили у 9 (1,6%), гемитиреоидэктомию — у 395 (73,4%), гемитиреоидэктомию и субтотальную резекцию другой доли — у 129 (23,9%), тиреоидэктомию — у 5 (0,9%) пациентов. При злокачественном процессе удаляли всю щитовидную железу. Больные выздоровели.

Ключевые слова: узловой зоб, диагностика, операции.

SUMMARY**Diagnostics and operation choice in case of nodular euthyroid goiter**

I. Gilenko, D. Demenuk, V. Lyahovsky, A. Kryzanovsky, M. Gorlachov, P. Sakevich, M. Dudchenko, A. Shkurupiy, T. Dichtenko

562 patients with the nodular euthyroid goiter were observed during 10 years. Female — 541(96,3%), Male — 21(3,7%). The age of the patients 23-72 years. During the observation the thyrotrophic hormone, thyroxin, triiodothyronine concentration tests were performed. Ultrasonic diagnostics and MRI were performed under indications. All the patients passed the fine-needle node biopsy. The final morphological diagnostics

was performed on the operating table using the method of the express-biopsy. The colloid goiter was diagnosed at 354(62,9%) cases, the combination of adenoma and colloid goiter was diagnosed at 168(29,8%) cases, the cancer was diagnosed at 24(4,2%) cases. Subtotal resection of one gland lobe was executed at 9 (1,6%) cases, hemithyroidectomy was executed at 395(73,4%) cases, hemithyroidectomy and subtotal resection of opposite gland lobe was executed at 129(23,9%) cases, thyroidectomy was performed at 5(0,9%) cases. In case of malignant processes the whole gland was removed. All the patients have recovered.

Key words: node goiter, diagnostics, operations.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.

Решта матеріалів конференції — у наступних номерах