

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ЛЮЛЬКА ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 616.441-006.5-089.15

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ВУЗЛОВИЙ КОЛОЇДНИЙ ЗОБ

14.01.03 - хірургія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Тернопіль – 2006

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Українській медичній стоматологічній академії
МОЗ України

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор
Шідловський Віктор Олександрович – Тернопільський
державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського,
завідувач кафедри загальної та оперативної хірургії з
топографічною анатомією, травматологією і ортопедією

Офіційні опоненти:

Доктор медичних наук, професор, академік АМН України
Павловський Михайло Петрович – Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України,
завідувач кафедри факультетської хірургії

Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук,
професор Шевченко Станіслав Іванович – Харківський державний
медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри загальної
хірургії №1

Провідна установа:

Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ
України, кафедра хірургії

Захист відбудеться ” ____ “ _____ 2006 р. о ____ годині на засіданні
спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у Тернопільському державному
медичному університеті імені І.Я.Горбачевського МОЗ України (46001,
м.Тернопіль, майдан Волі, 1)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Тернопільськомго державного
медичного університету імені І.Я.Горбачевського МОЗ України (46001,
м.Тернопіль, вул. Січових Стрільців, 8).

Автореферат розісланий ” ____ “ _____ 2006 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
доктор медичних наук,
професор

Боднар Я.Я.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Вузловий колоїдний зоб займає найбільшу частку серед вогнищевих патологічних станів щитоподібної залози без тенденції до зменшення (Ванушко В. Э., Кузнецов Н. С., 2004; Franklyn J.A., Sheppard M.C., 1998; Gerber H., Burgi U., Peter H.J., 1993).

Ключове значення у лікуванні вузлового колоїдного зоба має диференційна діагностика і вирішення питання: вузол у залозі рак, не рак. Сучасним методом диференційної діагностики вузлових уражень щитоподібної залози є тонкоголкова аспіраційна пункційна біопсія з цитологічним дослідженням пунктату (Аристархов В. Г. и др., 2003; Зубеев П. С. И др., 2004; Кузьмичев А. С. и др., 2002). Інформативність методу розцінюється у широкому діапазоні – від 30-40 % (Абдулхалимова М. М., и др., 1999; Гирля В. І., 2001; Савченко В. Г., 2002) до 80-90 % (Аветисян И. Л., и др., 2001; Бронштейн М. З., 1997; Горячий В. В., 2001; Фесенко В. Ф., и др., 2000] а, отже, не є абсолютною для визначення діагнозу. Критеріями морфологічної диференційної діагностики вогнищевих утворів щитоподібної залози є капсулярні та ядерні ознаки (De Micco C. et al., 1994; De Micco C. et al., 1998). Невивченою є можливість використання дослідження ядер для диференційної діагностики, особливо у випадках невизначених висновків тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії.

Питання лікувальної тактики при вузловому колоїдному зобі на сьогодні є найбільш актуальним і дискусійним. Одні автори вузлові утвори в щитоподібній залозі вважають абсолютним показанням до оперативного лікування (Амирова Н. А. и др., 1991; Караченцев Ю. І., 2002; Романчишен А. Ф., 1994; Sugenoу A., et al., 1992), а інші – обмежують його випадками ускладненого перебігу захворювання, абож розмірами вузла більше 3 чи 5 см (Ванушко В. Э., Кузнецов Н. С., 2002; Фадеев В. В., 2002). У зв'язку з цим потребують уточнення клінічні ознаки ускладненого перебігу вузлового колоїдного зоба.

Невирішеним залишається і вибір об'єму операції при вузловому колоїдному зобі та етапності її виконання. Позиції науковців в цьому питанні діаметрально протилежні: від максимального збереження тканини щитоподібної залози до тиреоїдектомії (Александров Ю. К., 1997; Кузнецов Н. С., и др., 2001, Черенько М. П., і інш., 2000; Liu Q., et al., 1998; Lopez L. H., et al. 1997; Marchesi M., et al., 1998; Rappalardo Get al., 1998).

Актуальними є питання профілактики рецидивів вузлового колоїдного зоба після резекційних операцій, частота яких складає від 30 до 80 % (Воскобойников В. В., и др., 2000; Кузнецов Н. С., и др., 2001; Mentis B. B., et al., 1997) та корекції тиреоїдного статусу (Оленева И. Н., Зинчук С. Ф., 2004; Рыбаков С. И., Саидова Ф. Х., 2001; Delbridge L., 1999). Прагнення вивчити ці

питання та оптимізувати лікування хворих на вузловий колоїдний зоб і покладене в основу даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Робота виконана у відповідності з планом науково-дослідної роботи Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава) "Запальні та незапальні хвороби органів і систем людини, що формуються під впливом екологічних, стресових, метаболічних та інфекційних факторів. Стан гомеостазу, гемодинаміки при застосуванні традиційних та нетрадиційних засобів лікування", № державної реєстрації 0198U000134. Тема дисертації затверджена на засіданні Вченої Ради Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського (протокол № 7 від 11 січня 2005р) та республіканською проблемною комісією "Хірургія" (протокол №9 від 16.06.2005 р.).

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування хворих на вузловий колоїдний зоб шляхом удосконалення передопераційної діагностики та визначення показів до оперативного втручання, оптимізування техніки виконання операцій, розробки і впровадження основних положень післяопераційної реабілітації.

Задачі дослідження:

а) вивчити особливості клінічних проявів та діагностики вузлових утворень щитоподібної залози;

б) вивчити можливість використання морфометричних методів у диференційній діагностиці вузлового колоїдного зоба;

в) розробити лікувальну тактику та покази до хірургічного лікування хворих на вузловий колоїдний зоб;

г) обґрунтувати вибір об'єму оперативного втручання при вузловому колоїдному зобі;

д) розробити оптимальну методику доступу до щитоподібної залози, технологію виконання операції та дренивання післяопераційної рани у хворих на вузловий колоїдний зоб;

е) обґрунтувати принципи і методи післяопераційної реабілітації хворих та профілактики рецидивів вузлового колоїдного зобу.

Об'єкт дослідження – вузловий колоїдний зоб.

Предмет дослідження – визначення застосування тонкоголкової аспіраційної біопсії з метою покращення, хірургічного лікування та післяопераційної реабілітації хворих на вузловий колоїдний зоб.

Методи дослідження – загальноклінічні, визначення концентрацій тиреотропного гормону, тироксину, трийодтироніну імуноферментним методом для оцінки функціонального стану щитоподібної залози та тиреоїдного статусу організму, сонографія щитоподібної залози для оцінки її структури і характеру вогнищевих уражень, тонкоголкова аспіраційна біопсія з цитологічним дослідженням пунктату для морфологічної характеристики вогнищевих утворів, рентгенологічні, морфологічні і морфометричні для диференційної діагностики вузлового колоїдного зобу, математичні (статистична обробка результатів

досліджень).

Наукова новизна одержаних результатів. Автором вперше застосована морфометрія ядер тиреоцитів (каріометрія) з ціллю диференційної діагностики доброякісних і злоякісних утворів у щитоподібній залозі. Вивчені особливості клінічної симптоматики вузлового зоба в залежності від розмірів вогнищевих уражень щитоподібної залози, їх кількості та локалізації. Розроблені покази до хірургічного лікування вузлового колоїдного зоба та обґрунтований вибір об'єму операції з урахуванням сучасних поглядів на патогенез захворювання.

Розроблений спосіб експозиції щитоподібної залози та дренивання післяопераційної рани при операціях з приводу зоба. Вперше розроблені питання післяопераційної реабілітації хворих після операцій на щитоподібній залозі з приводу вузлового колоїдного зоба.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблені покази до хірургічного лікування дозволяють суттєво зменшити кількість необґрунтованих оперативних втручань з приводу вузлового колоїдного зобу. Цьому сприяє також впроваджена автором методика каріометрії для диференційної діагностики вогнищевих утворів щитоподібної залози.

Спосіб експозиції щитоподібної залози та дренивання післяопераційної рани (Деклараційний Патент України на винахід А61В17/00) дозволяє зменшити майже у три рази кількість інтраопераційних ускладнень та ускладнень з боку рани в ранньому післяопераційному періоді і забезпечує достатній косметичний ефект.

Розпрацьовані принципи післяопераційної реабілітації хворих дозволяють зменшити кількість рецидивів вузлового колоїдного зоба, і гіпотиреозу. Результати роботи впроваджено в роботу хірургічних відділень Полтавської обласної клінічної лікарні ім. Скліфосовського, другої міської клінічної лікарні м.Полтава, міської комунальної клінічної лікарні швидкої допомоги м.Тернополя, Чернівецької обласної клінічної лікарні та в навчальний процес кафедри факультетської хірургії Української медичної стоматологічної академії.

Особистий внесок здобувача. Автор особисто визначив наукову ідею роботи, мету та завдання дослідження, розробив план та методологію його виконання. Вибір методів обстеження, обробка історій хвороб лікованих хворих, результатів дослідження та лікування, статистичний аналіз, теоретичні узагальнення та висновки зроблені дисертантом самостійно.

Дисертант приймав безпосередню участь у обстеженні та лікуванні всіх хворих з вузловою патологією щитоподібної залози. Близько 25 % хворих оперовані ним особисто, а решта – з безпосередньою участю. Він організовував і проводив контрольні і повторні обстеження хворих.

В опублікованих у співавторстві працях автору належить не менше 60% особистого внеску, а саме – ідея досліджень, виконання більшої частини клінічних досліджень, аналіз та узагальнення їх результатів.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації оприлюднені на науково-практичній конференції лікарів-інтернів "Актуальні питання клінічної медицини" (Полтава, 1998), II ювілейній навчально-методичній та науково-практичній конференції завідувачів кафедр хірургічних хвороб стоматологічних факультетів медичних вузів України (Полтава, 1998), на III міжнародній науково-практичній конференції "Динаміка наукових досліджень" (Дніпропетровськ, 2004), на обласній науково-практичній конференції "Йоддефіцитні захворювання на Полтавщині" (Полтава, 2005), на XXI з'їзді хірургів України (Запоріжжя, 2005).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 12 наукових робіт, з них 3 - у фахових періодичних виданнях, рекомендованих ВАК України, 6 - у матеріалах наукових конференцій, один Деклараційний Патент України.

Об'єм та структура дисертації. Дисертація складається зі вступу восьми розділів, висновків, рекомендацій щодо наукового і практичного використання здобутих результатів, списку використаних літературних джерел, додатків. Роботу викладено на 171 сторінці комп'ютерного тексту, проілюстровано 28 рисунками, 22 таблицями. Бібліографічний опис 241 літературних джерел і додатки викладені на 31 сторінці.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал і методи досліджень

Основу роботи складають матеріали обстежень і клінічних спостережень за 303 пацієнтами віком від 16 до 73 років з вогнищевою і дифузною патологією щитоподібної залози (ЩЗ). Дослідження проведені з дотриманням вимог біоетики (довідка комісії з біоетики Української медичної стоматологічної академії (м.Полтава), протокол № 26 від 04.04.2005 року).

У 60 з них з гістологічно встановленим діагнозом папілярного (15) і фолікулярного (5) раку, вузлового колоїдного зоба (ВКЗ) (10), фолікулярної аденоми (10), дифузного токсичного зоба (10) та автоімунного тиреоїдиту (10) вивчали специфічність цитологічної картини та морфометрії ядер і можливість використання результатів каріометрії для диференційної діагностики вогнищевих утворів ЩЗ.

З 243 хворих, які поступали в клініку з діагнозом вузлового зоба, при доопераційному обстеженні на першому етапі морфологічної діагностики та за результатами гістологічних заключень у 15 встановлений злоякісний характер процесу і у 12 – фолікулярну аденому.

У 216 хворих з встановленим діагнозом вузлового колоїдного зоба вивчали особливості його клінічної симптоматики в залежності від кількості і розмірів вузлових утворів, їх локалізації, тривалості захворювання, анатомічних особливостей ділянки шиї, віку пацієнтів, наявності супутніх захворювань, а також показання до хірургічного лікування, вибір об'єму операції, технологію її виконання, принципи післяопераційної реабілітації.

При визначенні ступеня збільшення залози користувались класифікацією ВООЗ, яка прийнята до застосування в Україні на V з'їзді ендокринологів України (1994). Серед обстежених зоб II ступеня мав місце у 47 пацієнтів, III ступеня – у 138 і шийно-загрудинний зоб у - 31. Тривалість захворювання від 3 до 35 років.

Найбільш частими скаргами хворих на вузловий зоб були потовщення та зміни конфігурації шиї, відчуття стороннього тіла та тиснення на шию, першіння в горлі, захриплість голосу, затруднене дихання, дисфагія, симптоми гіпо чи гіпертиреозу та здавлення судин шиї.

За даними ультрасонографії II ступінь збільшення залози маніфестує різними за розмірами об'ємними утворами в залежності від їх локалізації. Так вузли на задній поверхні долі залози на 6-8 см³, а при товстій і короткій шиї на 7-10 см³ більші від вузлів на передній поверхні залози, а латерально розташовані вузли на 4-5 см³ більші від утворів на передній поверхні долі ближче до перешийка. У пацієнтів з тонкою і довгою шиєю об'єм вузлів, що відповідають візуально пальпаторним даним збільшенню залози II ступеня на 5 – 8 см³ є меншими від вузлів у пацієнтів з товстою і короткою шиєю. Отже при II ступені ВКЗ найбільш клінічно значимі є вузли по задній поверхні долей залози. Вони викликають відчуття тиснення і комка в горлі, осиплість голосу та фонації, дисфагію. Вузли на передньо-латеральній поверхні долей проявляються лише зміною конфігурації та потовщенням шиї, і зрідка – відчуттям стороннього тіла.

Зоб III ступеня спостерігали у 39 (28 %) пацієнтів середнього і у 99 (72 %) похилого віку. Цим хворим притаманні скарги на деформацію шиї, постійне відчуття тиснення чи стороннього тіла в ділянці шиї, розлади ковтання, зміни голосу (захриплість), затруднення дихання в горизонтальному положенні, розлади сну, шум в голові і вусі на стороні зоба, серцебиття, психоемоційну лабільність, швидко втому при фізичному навантаженні, розлади серцевого ритму. Проведений аналіз показав, що у 121 (88 %) хворого спостерігалось декілька скарг, які відображали вплив зоба на органи шиї, а у 61 (44 %) було поєднання дисфагії, розладів зовнішнього дихання та змін фонації.

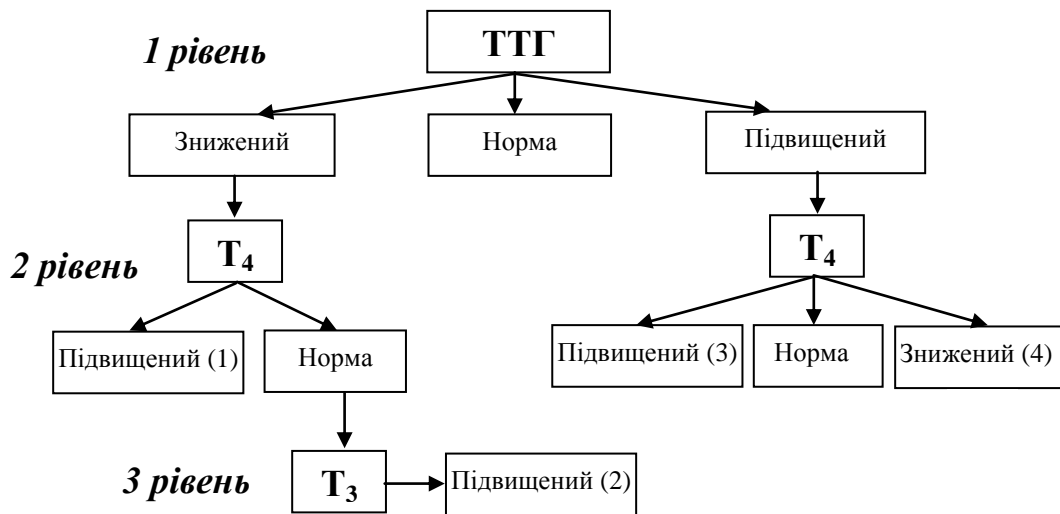
Вираженість симптомів залежала від розмірів вузлового утвору чи утворів, їх переважної локалізації в долі залози та від того, в якій долі знаходиться вузол. Нерідко спостерігається відтиснення утвором трахеї в протилежну сторону і порушення функції зовнішнього дихання. Шум в голові систолічного характеру чи у вусі на стороні зоба, головний біль – це симптоми вузлів, розміщених на бокових поверхнях залози і викликаються здавленням судин шиї. Ці ж симптоми мають місце і при багатовузловому зобі в одній чи у обох долях. У зв'язку з поліморбідністю хворих за віком симптоми, зумовлені зобом, нерідко сприймаються як прояви наявних супутніх захворювань. Так, порушення дихання при здавленні трахеї спричиняє до помилкової діагностики захворювань дихальної системи. Зміни функції щитоподібної залози суттєво змінюють клінічну симптоматику і перебіг вузлового колоїдного зоба. Особливо це стосується гіпертиреозу, який діагностований у 29 (13 %) хворих. У цих випадках в клінічних проявах тиреотоксикозу переважали тиреотоксичні

розлади серцевої діяльності, які виникали на фоні вже існуючої патології серця і розцінювались лікарями як її прояв, а не прояв гіпертиреозу. Це ж стосується і гіпотиреозу. Такі його ознаки як мерзлякуватість, погіршення пам'яті, розлади сну, сухість шкіри, збільшення маси тіла, втома при фізичних навантаженнях скоріше є особливостями віку пацієнтів, аніж проявом патології.

Шийно-загрудинний зоб мав місце у 31 хворого. В клінічній оцінці ступеня збільшення залози в цих випадках використовували показники об'єму зобно-зміненої залози, який був у межах від 60 до 125 мл. З збільшенням віку хворих і тривалості захворювання розмір зобно-зміненої залози збільшувались і у 58 % він був більше 80 мл.

В діагностиці шийно-загрудинного зоба головним симптомом є відсутність щитоподібної залози в типовому місці. Скарги пацієнтів не специфічні. Виділяємо такі особливості клінічної симптоматики шийно-загрудинного зоба: довготривалий анамнез, великі за розмірами і об'ємом вузлові утвори, компресія вузлових утворів на органи верхнього переднього і заднього середостіння та магістральні судини, розлади функції зовнішнього дихання та частий розвиток функціональної автономії.

В симптоматиці і перебігу вузлового зоба суттєве значення має функція ЩЗ. Для її визначення нами розроблений алгоритм дослідження тиреоїдного статусу і генезу його змін, який включає тести трьох рівнів (рис.1).



1 – тироксиновий тиреотоксикоз; 2 – трийодтироніновий тиреотоксикоз;
3 – поєднання тиреотропіномі і ВКЗ; 4 – маніфестний гіпотиреоз.

Рис. 1 Алгоритм дослідження секреторної функції щитоподібної залози і тиреоїдного статусу у хворих на вузловий зоб.

Тестом першого рівня є визначення тиреотропного гормону (ТТГ) в крові. При патологічно змінених його показниках необхідно проводити тест другого рівня - визначення вмісту в крові тироксину (Т₄). Тестом третього рівня є дослідження рівня в крові трийодтироніну (Т₃). Показанням для його проведення є клінічні ознаки тиреотоксикозу при показниках ТТГ нижче норми і незміненому рівні тироксину. Такий алгоритм дослідження функціональної активності ЩЗ

передбачає чітку діагностику і економічно вигідний. Немає доцільності всім хворим на ВКЗ проводити дослідження рівнів ТТГ, T_3 та T_4 . За показниками тесту I рівня підвищену функцію ЩЗ (функціональну автономію) виявили у 29 (13 %) хворих: після проведення тестів II та III рівнів у 13 з них встановлена гіпертироксинемія і у 16 - трийодтироніновий тиреотоксикоз.

Одним із завдань роботи було вивчення можливостей використання морфометричних методів, зокрема каріометрії в диференційній діагностиці вузлових утворів у ЩЗ. Теоретичною основою такого завдання було відоме положення про те, що критеріями злоякісності вузлових утворів у ЩЗ є капсулярні і, особливо, ядерні ознаки. Визначали кількість ядерцевих організаторів (ЯО), їх ексцентричність, розраховували десятичні логарифми об'єму ядер тиреоцитів та для кожного частотного розподілу, коефіцієнт надлишковості R. Для обґрунтування використання каріометрії в диференційній діагностиці вузлових утворів у ЩЗ вивчали особливості каріометричних параметрів здорової залози, залози хворих на ВКЗ, фолікулярний (ФР) і папілярний рак (ПР), фолікулярну аденому (ФА), автоімунний тиреоїдит (АІТ), дифузний токсичний зоб (ДТЗ).

На каріограмі хворих на ВКЗ спостерігали дві виражені моди ядер із значенням lgV 1,75; 2,00 з чіткими проміжками між ними. Середня кількість ЯО в ядрах тиреоцитів у мазках становила $1,32 \pm 0,11$. Ексцентричність ЯО в препаратах була невираженою і складала $0,18 \pm 0,03$. Коефіцієнт R дорівнював $0,242 \pm 0,003$.

У випадках ПР ЩЗ кількість ЯО становила $2,20 \pm 0,18$, ексцентричність ЯО складала $0,48 \pm 0,08$, а коефіцієнт R дорівнював $0,413 \pm 0,005$. На сумарній каріограмі визначались 3 піки відносно великих ядер з lgV 2,10; 2,30; 2,45.

У хворих на ФР ЩЗ наявні три піки великих клітин (lgV 2,15 та 2,35), проте пік lgV 2,15 має найбільшу часткість. Наявність третього піка невеликих клітин з lgV 1,85 є характерним для ФР ЩЗ і відповідає підготовчим фазам мітозу. Кількість ЯО при ФР дещо більша, ніж при ПР – $2,30 \pm 0,19$. Більш вираженою була і ексцентричність ЯО – $0,46 \pm 0,07$. Коефіцієнт R дорівнював $0,413 \pm 0,005$.

Для каріограми ФА характерні 2 піки lgV 1,95 та 2,15 та значна кількість середніх і малих ядер (лівий бік каріограми), котрі мають один виражений пік з lgV 1,70. Значення R становили $0,371 \pm 0,003$. Ексцентричність ЯО в препаратах становила $0,24 \pm 0,04$, а кількість ЯО – $1,63 \pm 0,10$.

Для препаратів АІТ характерна ексцентричність ЯО $0,34 \pm 0,05$ та кількість ЯО становила $1,56 \pm 0,11$. Показники R становили $0,332 \pm 0,005$. Спостерігалась мода ядер із значенням lgV 2,15 та lgV 2,35 з чітким відокремленням. Мода із значенням lgV 2,35 мала значну нижчу частість.

Сумарна каріограма при ДТЗ за набором мод та співвідношенням між ними була схожа з каріограмою АІТ. Ексцентричність ЯО була у межах $0,20 \pm 0,03$, а кількість ЯО становила $1,40 \pm 0,10$. Показники R відповідали

значенням $0,250 \pm 0,001$. Каріометричні показники сумарних каріометричних моделей досліджуваної патології ЩЗ представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Каріометричні показники вогнищевої, невогнищевої патології і здорової шитоподібної залози

Обстежені хворі (n=70)	Lg V	Ексцентричність ЯО	Кількість ЯО	Коефіцієнт надлишковості R
ВКЗ (n = 10)	1,75;2,00	0,18±0,03	1,32±0,11	0,242 ±0,003
ПР (n = 15)	2,10;2,30; 2,45	0,48±0,08	2,20±0,18	0,413 ±0,005
ФР (n = 5)	2,15;2,35; 1,85	0,46±0,07	2,30±0,19	0,413 ±0,005
ФА (n = 10)	1,95;2,15; 1,70	0,24±0,04	1,63±0,10	0,371 ±0,003
АІТ (n = 10)	2,15; 2,35	0,34±0,05	1,56±0,11	0,332 ±0,005
ДТЗ (n = 10)	2,15; 2,35	0,20±0,03	1,40±0,10	0,250 ±0,001
Норма (n=10)	1,60;1,80;2,10	0,19±0,04	1,24±0,13	0,532±0,002

Проведені дослідження показали, що патологічні процеси в ЩЗ за характером розподілу IgV на каріограмі і за іншими каріометричними показниками достовірно відрізняються між собою і можуть бути використані для їх диференційної діагностики, особливо у випадках невизначених результатів цитологічних заключень. Достовірність різниць між сумарними каріограмами перевірена за критерієм χ^2 у порівнянні з даними каріограми при вузловому колоїдному зобі і, за виключенням показників при дифузному токсичному зобі, була високою: $\chi^2 > 60,48$ ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Результати каріометрії у хворих з невизначеними результатами ТАПБ

Цитологічне дослідження пунктату	Каріометрія	Гістологічне дослідження
Невизначені (n=44)	Рак (n=9) ВКЗ (n=22) ФА (n=11) Невизначенні (n=2)	Рак (n=9) Колоїдний зоб (n=22) ФА (n=11) Рак (n=1) ФА (n=1)

Невизначені або сумнівні результати ТАПБ отримані нами у 44 випадках. Каріометричні дослідження у цих пацієнтів і їх аналіз показав, що у 9 випадках показники каріограми відповідали змінам, які властиві для папілярного (8) та фолікулярного (1) раку ЩЗ. У 22 пацієнтів виявлені патологічні зміни, які характерні для ВКЗ і ще у 11 – для фолікулярної аденоми. У 2 випадках розподіл частостей на каріограмах не мав специфічних ознак, які властиві доброякісному чи злоякісному процесів, тому і каріометрично діагноз у цих хворих не верифіковано. Отже з 44 не-визначених результатів у 2 (4,5 %) каріометрія була неінформативна (табл.2).

У визначенні лікувальної тактики і показань до хірургічного лікування хворих на ВКЗ до 2001 року (контрольна група) основними аргументами були: розмір утвору у залозі, їх кількість, швидкість росту, та поєднання вузла з кістою.

Починаючи з 2001 року (основна група) в лікувальній тактиці при ВКЗ виходили з позицій його клінічного і патологічного значення. Як патологія - вузловий колоїдний зоб є доброякісним процесом і, за виключенням функціональної автономії, не впливає на функцію залози і на організм у цілому. Переконані, що клінічне значення ВКЗ, а отже і показання до його хірургічного лікування визначаються наявністю функціональної автономії та ознак компресії на органи шії: розлади функції зовнішнього дихання, дисфагія, зміни фонації і тембру голосу та поєднання цих ознак. Шийно-загрудинний зоб III-IV ст. та швидкий ріст вузла (більше третини розмірів за пів-року) також вважаємо абсолютно показаними до хірургічного лікування. Такий підхід до визначення показів до операції при ВКЗ є клінічно аргументованим і дає змогу відійти від показів до операції, що базуються на розмірах вузла.

Важливим у хірургічному лікуванні вузлового колоїдного зоба є вибір об'єму операції на ЩЗ. У хворих контрольної групи дотримувались принципу максимального збереження макроскопічно незміненої паренхіми ЩЗ, а мінімальним за обсягом оперативним втручанням була резекція долі разом з вузлом. У пацієнтів основної групи при виборі об'єму операції виходили з сучасних даних патогенезу йододефіцитної патології ЩЗ, згідно яких вузловий зоб є одним із її етапів, тобто вузол чи вузли у залозі виникають на фоні морфоструктурних змін паренхіми залози, зумовлених довготривалим йододефіцитом і феноменом мікрогетерогенності тиреоцитів.

З урахуванням сучасних даних патогенезу ВКЗ визначальним у виборі об'єму операції є не лише клінічно значимий вузол, кількість вузлів, моно чи мультифокальне ураження ЩЗ, а і її макроструктурні зміни. При наявності ділянок ущільнення паренхіми, які визначаються пальпаторно поза межами вузла є підстави розцінювати їх як локуси вузлоутворення, які спричиняють післяопераційні рецидиви зобу, а тому підлягають хірургічному видаленню. Такий підхід до вибору об'єму операції означає розширення її меж до рівня

гемітиреоїдектомії, субтотальної резекції залози чи тиреоїдектомії. Дані про виконані оперативні втручання представлені в таблиці 3.

Таблиця 3
Виконані оперативні втручання у хворих на вузловий колоїдний зоб
контрольної і основної груп

Операція	Характеристика зоба						Всього – го
	Однобічний зоб (n=131)		Двобічний зоб (n=54)		Загрудинний зоб (n=31)		
	1	2	1	2	1	2	
Резекція долі	18						18
Субтотальна резекція долі	41						41
Гемітиреоїдектомія	26	39			4		69
Субтотальна резекція обох долей			12		1		13
Гемітиреоїдектомія + субтотальна резекція			3	5	2		10
Гемітиреоїдектомія + резекція		4	2	2	1		9
Тиреоїдектомія		3	4	26	4	19	56
Всього	85	46	21	33	12	19	216

Примітка: 1 – контрольна група; 2 – основна група

Отже з 2001 року при вирішенні питання про об'єм операції на залозі провідними факторами були: кількість вузлових утворів (солітарний вузол, однобічний чи двобічний багатовузловий зоб), їх розміри, макроструктурна характеристика паренхіми залози поза межами вузла чи вузлів. При однобічному моно чи мультифокальному вузловому зобі адекватною операцією вважаємо гемітиреоїдектомію, а при двобічному багатовузловому зобі – тиреоїдектомію.

Вибір об'єму операції залежить не лише від характеру ураження, а і від локалізації вузла: при латеральному, або полюсному розміщенні вузла при макроскопічно незмінній тканині залози за доцільне вважаємо виконувати операцію в об'ємі резекції. В подібних ситуаціях центральна або паратрахеальна локалізація утвору виключає можливість резекції долі і є показанням до гемітиреоїдектомії. У випадках багатьох вузлів в одній долі і солітарного вузла в другій долі за певних умов можливим є виконання відповідно гемітиреоїдектомії і резекції контрлатеральної долі. Цими умовами є молодий та середній вік пацієнтів, вузол невеликих розмірів в об'ємі до третини фізіологічного об'єму долі з латеральною або полюсною локалізацією, відсутність, окрім вузла, візуальних макроскопічних і пальпаторних змін у залозі. У пацієнтів з шийно-загрудинним зобом операцією вибору повинна бути тиреоїдектомія.

Складним є питання вибору об'єму операції у випадках тиреотоксикозу на ґрунті багатовузлового зобу (функціональної автономії). За відсутності даних сцинтиграфії про її характер (вузлова чи дисемінована) операцією вибору є тиреоїдектомія. У разі солітарного "гарячого" вузла доцільним є виконання операції резекційного об'єму

Передопераційна підготовка хворих є важливим елементом хірургічного лікування. Особливої уваги в плані передопераційної підготовки заслуговують хворі на вузловий зоб з клінічними ознаками тиреотоксикозу (функціональної автономії). Таких хворих оперували завжди в стані еутиреозу, або близькому до нього. Еутиреоїдного стану досягали блокадою синтезу тироксину мерказолілом у дозі від 30 до 60 мг/д. При досягненні клінічного ефекту дозу мерказолілу поступово знижували до 10-20 мг/д. Нами встановлено, що у хворих з трийодтироніновим тиреотоксикозом терапія мерказолілом недостатньо ефективна. Тому для досягнення еутиреозу разом з мерказолілом застосовували анаприлін у дозі від 40 до 80 мг/д. Цей препарат блокує секрецію T_3 щитоподібною залозою і периферичне перетворення тироксину у трийодтиронін. Комбінація мерказолілу і анаприліну згідно результатів наших досліджень дозволяла ефективно, при менших дозах мерказолілу і в коротші терміни досягати еутиреоїдного стану. Крім того, анаприлін позитивно впливає і на серцеву діяльність – нормалізує серцевий ритм і частоту серцевих скорочень.

Ми відмовились від загальноживаного, більше традиційного, застосування препаратів йоду для блокади синтезу гормонів щитоподібною залозою, бо, особливо у випадках функціональної автономії, таке лікування спричиняє неконтрольовану продукцію тиреоїдних гормонів. З цих же причин у пацієнтів з порушеннями серцевого ритму на фоні тиреотоксикозу не застосовуємо кордарон, поскільки в його складі є значна частка йоду. Для профілактики післяопераційних тиреотоксичних реакцій і тиреотоксичного кризу впродовж двох діб до операції і 2-4 діб після операції призначаємо кортикостероїди, зокрема гідрокортизон у дозі від 100 до 400 мг/д. Такий об'єм передопераційної підготовки та післяопераційної терапії дозволяє ефективно готувати хворих на тиреотоксикоз до операції. В жодному випадку ми не спостерігали післяопераційних тиреотоксичних реакцій і тиреотоксичного кризу.

Нами розроблена і захищена патентом методика хірургічного доступу до щитоподібною залози та дренивання післяопераційної рани. Згідно винаходу лінія розрізу маркується за допомогою нитки з шовного матеріалу, якою віддавлюється на шкірі передньої поверхні шиї борозенка з невеликою випуклістю донизу у проекції нижньої шийної складки. Оперативний простір досягається відшаруванням доверху і донизу шкірно-підшкірно-фасціальних клаптів в анатомічно однорідних шарах тканин та розтягуванням в сторони передтиреоїдних м'язів, які звільнені від переднього фасціального листка піхви. Дренивання рани після резекції чи видалення щитоподібною залози здійснювали резиновими

полосками по короткому і прямому каналу через фасціальний проміжок між передтиреоїдними та кивальними м'язами на рівні кута рани між крайніми швами.

Як показав аналіз безпосередніх результатів оперативних втручань на ЩЗ застосування розробленої нами технології та сучасних технічних засобів їх виконання дозволяють значно зменшити частоту специфічних інтраопераційних ускладнень і ускладнень в ранній післяопераційний період. У основній групі не спостерігали постійного гіпопаратиреозу, а транзиторний мав місце лише у трьох пацієнтів проти семи у контрольній групі. Не було також випадків пошкоджень нижніх голосових нервів. Зміни фонації на високих тонах мали місце лише у однієї пацієнтки, а в контрольній групі – у чотирьох. У дослідній групі не спостерігали тиреотоксичних реакцій і нагноєнь операційної рани, а кількість кровотеч і лімфореї з рани та її запальних інфільтратів була меншою майже у два рази у порівнянні з контрольною групою. Разом з цим така тактика спричинила зменшення кількості рецидивів зоба більше ніж в 4 рази, а після гемітиреоїдектомії і гемітиреоїдектомії з резекцією контрлатеральної долі з 11 до 4,4 %.

Доцільність і необхідність профілактики рецидивів зоба після операції розглядаємо з позицій сучасних поглядів на етіологію і патогенез ВКЗ. Хворим основної групи після резекційних операцій призначали препарати йоду у дозі 100 – 200 мкг/д (йодид, йодомарин). За необхідністю корегували тиреоїдний статус препаратами тиреоїдних гормонів. Адекватний вибір об'єму операції та вживання препаратів йоду у віддаленому післяопераційному періоді дозволили зменшити кількість рецидивів зоба у три з половиною рази.

В контрольній групі хворих у післяопераційному періоді препарати йоду не застосовували, а корекцію тиреоїдного статусу гормонами ЩЗ проводили у випадках клінічно значимого гіпотиреозу.

У пацієнтів основної групи у випадках тиреоїдектомії призначали замісну терапію препаратами левотироксину (L-тироксин, еутирокс). Стартова доза левотироксину у пацієнтів середнього і молодого віку складала від 1,6 до 1,8, а у старшого та похилого – від 1,3 до 1,6 мкг/(кг•д). Наші дослідження показали, що доза тиреоїдних гормонів для замісної терапії повинна визначатись з урахуванням віку пацієнта, маси тіла та супутньої патології. Так у осіб старшого та похилого віку, доза левотироксину повинна бути близькою до 1,3 мкг/(кг•д), а у пацієнтів середнього віку – до 1,8 мкг/(кг•д). Адекватність замісної терапії тиреоїдними гормонами визначали за клінічною симптоматикою, однак основним показником був рівень ТТГ у межах від 1,8 до 2,7 мкОД. У осіб похилого і старечого віку з розладами серцевої діяльності на фоні існуючої до операції функціональної автономії, левотироксин після операції призначали в дозі, починаючи від 25 мкг/д з поступовим збільшенням дози на 12,5-25 мкг/д через 3-5 тижнів на фоні постійного вживання кардіотропних препаратів. Як показує досвід, у таких пацієнтів у зв'язку з тироксинзалежними розладами серцевої діяльності еутиреоїдного стану досягати недоцільно, бо доза левотироксину навіть у межах 1,3 мкг/(кг•д) у них неодмінно викликає резистентні до лікування розлади серцевої діяльності і прогресування серцевої недостатності. Оптимальною дозою левотироксину для них згідно

повідомлень у літературі та наших даних є доза у межах 0,8-0,9 мкг/(кг•д) тобто це та гранична доза левотироксину, збільшення якої неодмінно спричиняє зрив серцевої компенсації. Ці пацієнти при такій дозі левотироксину перебувають у стані легкого гіпотиреозу, але без порушень серцевого ритму і декомпенсації серцевої діяльності. Очевидно що для цих хворих така доза тиреоїдних гормонів є оптимальним рішенням проблеми. Контроль адекватності дози замісної терапії препаратами левотироксину та гормональної функції залишку ЩЗ доцільно проводити за рівнем ТТГ в крові 1 раз на півроку.

За даними досліджень, проведених згідно мети і завдань роботи для оцінки віддалених результатів хірургічного лікування хворих на ВКЗ у контрольній групі з 96 обстежених еутиреоз виявлений у 70 (73 %) випадках; гіпотиреоз – у 24 (25 %) пацієнтів (в т.ч. у 11 середньої важкості і у 5 важкого ступеня), рецидив тиреотоксикозу – у 2 (2 %). У осіб основної групи з 93 обстежених еутиреоз діагностований у 80 (86 %) випадках, гіпотиреоз – у 13 (14 %) (в т.ч. 1 субклінічний і 12 легкого ступеня), рецидивів тиреотоксикозу не встановлено.

ВИСНОВКИ

У дисертації викладені особливості клінічної симптоматики вузлового колоїдного зоба в залежності від розмірів, кількості, локалізації вузлів і їх функціональної активності; доказана можливість і доцільність застосування каріометрії в морфологічній оцінці характеру вузлового утвору на етапі доопераційної диференційної діагностики, визначена її висока чутливість та специфічність; розроблена лікувальна тактика і покази до хірургічного лікування вузлового колоїдного зобу, обґрунтовані об'єми оперативного втручання за різних клінічних ситуацій; розроблений метод експозиції щитоподібної залози та дренивання післяопераційної рани; запропоновані принципи післяопераційної реабілітації хворих та профілактики рецидивів зоба.

1. Клінічна симптоматика вузлового зоба мінлива. Вона залежить від розмірів утворів, їх локалізації в долі щитоподібної залози, кількості та функціональної активності. Основними клінічними проявами вузлового колоїдного зобу є симптоми здавлення вузлом чи вузлами органів ший (трахеї, стравоходу, голосових нервів, судин), а зобу шийно-загрудинної локалізації – відсутність залози в типовому місці та компресія зоба на органи верхнього середостіння. Клінічні прояви тиреотоксикозу на фоні вузлового зобу нетипові і проявляються переважно розладами серцевої діяльності.

2. В морфологічній доопераційній діагностиці характеру процесу в щитоподібній залозі поряд з цитологічним дослідженням у випадках невизначених цитологічних даних показане використання каріометрії, яка має високий ступінь чутливості та специфічності.

3. Лікувальна тактика при вузловому колоїдному зобі визначається в залежності від наявності чи відсутності ознак здавлення органів ший. У випадках компресії зоба на органи ший, шийно-загрудинного зоба чи функціональної автономії на фоні зобозміненої залози показане хірургічне лікування. Вузлові

утвори доброякісного генезу без ознак компресії на органи ший не підлягають хірургічному лікуванню.

4. Об'єм оперативного втручання визначається характером вогнищевих змін у залозі. При однобічному ураженні вузлом (вузлами) показана гемітиреоїдектомія з резекцією перешийка. У випадках вузлових утворів в обох долях, шийно-загрудинної локалізації зоба, оптимальним об'ємом операції є тиреоїдектомія. Такий же об'єм операції доцільно застосовувати у пацієнтів з тиреотоксикозом на фоні вузлового зоба.

5. Розроблений нами метод експозиції щитоподібної залози та дренивання рани дозволяє зменшити кількість специфічних інтраопераційних та загальнохірургічних післяопераційних ускладнень майже в 3 рази.

6. Для профілактики можливих рецидивів вузлового колоїдного зоба після резекційних операцій патогенетично обгрунтованим є призначення препаратів йоду.

7. Замісної терапії препаратами левотироксину потребують пацієнти після тиреоїдектомії та резекційних операцій на щитоподібній залозі. Доза замісної терапії визначається і корегується за показниками тиреотропного гормону у межах від 1,8 до 2,7 мкОд/мл. У пацієнтів середнього і похилого віку з тироксинзалежними розладами серцевої діяльності оптимальною дозою замісної терапії препаратами левотироксину є така доза, яка не спричиняє, або не поглиблює розладів серцевої діяльності. Як правило вона є нижчою за розрахункову для досягнення еутиреоїдного стану.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Хворі на вузловий колоїдний зоб підлягають хірургічному лікуванню лише у випадках здавлення вузлом органів ший, гіперфункції ЩЗ, шийно-загрудинної локалізації зоба та швидкого росту вузла.

2. При однобічному ураженні залози вузлом чи вузлами показана операція гемітиреоїдектомія. При наявності вузлових утворів в обох долях, шийно-загрудинному зобі, функціональній автономії на фоні вузлового зоба операцією вибору є тиреоїдектомія.

3. Для профілактики рецидивів вузлового зобу після резекційних операцій на щитоподібній залозі необхідно використовувати препарати йоду (йодид, йодомарин).

4. Доза замісної терапії після тиреоїдектомії та у випадках гіпотиреозу після резекційних операцій визначається виключно за рівнем тиреотропного гормону у межах від 1,8 до 2,7 мкОд/мл. У пацієнтів з тироксинзалежними розладами серцевої діяльності доза замісної терапії після тиреоїдектомії не повинна перевищувати 0,9 мкг/(кг•д).

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Люлька О.М. Хірургічне лікування вузлового та змішаного зоба у хворих – мешканців зони радіаційного забруднення //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика.- 2001. Вип. 10, книга 4.- С. 988 – 992;
2. Люлька О.М. Сучасні методи лікування вузлового зоба //Вісник проблем біології і медицини .-2002.-Вип. 3.- С. 109 – 114.
3. Люлька О.М. Спосіб експозиції щитоподібної залози //Вісник наукових досліджень. - 2003.- №4.- С. 32 – 33.
4. Люлька О.М. Каріометричне дослідження тиреоцитів при доопераційній морфологічній діагностиці вогнищевих змін щитоподібної залози //Вісник наукових досліджень .-2004 .- № 1.- С. 45 – 48.
5. Деклараційний патент на винахід 42165 А Україна, МКВ А61 В 17/00. Спосіб експозиції щитовидної залози та дренивання післяопераційної рани при операціях з приводу зоба/ Ковальов О.П., Люлька О.М. /UA/. – № 2000074039; Заявлено 10.07.2000; Опубл. 15.10.2001. Бюл №9.
6. Люлька О.М. Економна резекція щитовидної залози як метод хірургічного лікування вузлового зоба // Тези доповідей науково-практичної конференції лікарів-інтернів ”Актуальні питання клінічної медицини“, Полтава, 1998.- С. 29.
7. Люлька О.М. Клінічні особливості вузлового зоба //Матеріали II ювілейної навчально-методичної та науково-практичної конференції завідувачів кафедр хірургічних хвороб стоматологічних факультетів, Полтава, 1998.- С. 66-67.
8. Чумак П.Я., Ковальов О.П., Кузнецов А.Я., Рудий М.А., Дубинський М.В., Ройко В.Г., Люлька О.М., Берчун В.В. Хірургічні аспекти лікування тиреотоксичного та вузлового зоба //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика.- 2001.- Вип. 10, книга 4.- С. 1030 – 1034.
9. Люлька О.М. Можливості передопераційного каріометричного дослідження тиреоцитів при вогнищевих змінах щитоподібної залози //Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції ”Динаміка наукових досліджень“.- 2004, Дніпропетровськ: Наука і освіта , 2004.- С. 15-17.
10. Кузнецов А.Я., Ковальов О.П., Люлька О.М., Соловійов І.Є., Рудий М.О.,Дубинський М.В., Немченко І.І., Лисенко Р.Б. Хірургічне лікування вузлового колоїдного зоба //Матеріали ХХ1 з'їзду хірургів України. - Запоріжжя, 2005. Т. 2 .- С. 238 – 240
11. Люлька О.М. Метод хірургічного лікування зоба //Вісник Української медичної стоматологічної академії .- 2005.- Т. 5, вип. 4 (12).- С. 81.
12. Люлька О.М., Кузнецов А.Я., Ковальов О.П., Немченко І.І. Хірургічні аспекти вузлового колоїдного зобу //Йододефіцитні захворювання на Полтавщині: ”Матеріали обласної науково- практ. конф. 26 травня 2005 року.- Полтава.- 2005 .- с. 27 – 32.

АНОТАЦІЯ

Люлька О.М. Оптимізація хірургічного лікування хворих на вузловий колоїдний зоб. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2006.

Дисертація присвячена актуальним питанням лікування хворих на вузловий колоїдний зоб.

Обстежено 303 пацієнти з вогнищевою і дифузною патологією щитоподібної залози. У 87 з них з діагнозом папілярного і фолікулярного раку, вузлового колоїдного зобу, фолікулярної аденоми, дифузного токсичного зобу та автоімунного тиреоїдиту вивчали специфічність цитологічної картини та морфометрії ядер і можливість використання результатів каріометрії для диференційної діагностики вогнищевих утворів ЩЗ. У 216 хворих з встановленим діагнозом вузлового колоїдного зоба вивчали особливості його клінічної симптоматики в залежності від кількості і розмірів вузлових утворів, їх локалізації, тривалості захворювання, анатомічних особливостей ділянки ший, віку пацієнтів, наявності супутніх захворювань, а також показання до хірургічного лікування, вибір об'єму операції, технологію її виконання, принципи післяопераційної реабілітації.

Доказано, що у випадках невизначених або сумнівних заключень цитологічних досліджень каріометрія є високоспецифічним методом диференційної діагностики. Запропоновані патогенетично і клінічно аргументовані показання до хірургічного лікування хворих на вузловий колоїдний зоб. Удосконалена технологія виконання операції, розроблені принципи вибору об'єму операції та післяопераційної реабілітації хворих дозволили зменшити частоту інтраопераційних і післяопераційних ускладнень майже в 3 рази, а рецидивів зобу і тиреотоксикозу в 3,5 рази.

Ключові слова: вузловий колоїдний зоб, диференційна діагностика, хірургічне лікування, післяопераційна реабілітація хворих.

АННОТАЦИЯ

Люлька А.Н. Оптимизация хирургического лечения больных с узловым коллоидным зобом. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Тернопольский государственный

медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2006.

Дисертация посвящена изучению актуальных вопросов дифференциальной морфологической диагностики очаговых заболеваний

щитовидной железы, хирургического лечения и послеоперационной реабилитации больных с узловым коллоидным зобом.

Выполнено комплексное обследование и лечение 303 больных с очаговой патологией щитовидной железы. У 87 из них с гистологически верифицированным диагнозом папиллярного и фолликулярного рака, узлового коллоидного зоба, фолликулярной аденомы, диффузного токсического зоба и аутоиммунного тиреоидита изучена специфичность кариометрии и возможность использования ее для дифференциальной диагностики узловых образований ЩЖ.

Доказана высокая специфичность кариометрических показателей узловой и неузловой патологии ЩЖ. У 44 больных с неопределенными заключениями ТАПБ кариометрия использована для дифференциальной диагностики, результаты которой только в двух случаях были сомнительными.

У 216 больных с узловым коллоидным зобом изучали особенности его клинической симптоматики в зависимости от размеров узлов, их количества, локализации, анатомических особенностей области шеи, возраста больных и наличия сопутствующих заболеваний.

Предметом исследований были также показания к хирургическому лечению узлового коллоидного зоба, выбор объема операции и технология ее выполнения, послеоперационная реабилитация больных.

Доказано, что при клинически определяемой II степени зоба узлы задней поверхности железы на 6-8, а в случаях короткой шеи на 7-10 мл больше узлов на передней поверхности шеи и что клинически значимыми есть узлы задней поверхности железы. Нередко они вызывают ощущение давления и комка в горле, изменения фонации и дисфагию.

Для больных с III степенью зоба характерными есть такие симптомы как постоянное ощущение давления на шее, осиплость голоса, расстройства функции внешнего дыхания, шум в голове на стороне зоба. В 44 % случаев наблюдается сочетание дисфагии, расстройств дыхательной функции и нарушений фонации. Выраженность симптомов зависит от размеров зоба, от преимущественной локализации узла или узлов в доле железы. Медиально размещенные узлы вызывают сдавление трахеи, пищевода, голосовых нервов и проявляются соответствующей клиникой, а узлы латеральной локализации оказывают давление на сосуды шеи и проявляются шумом в голове, головной болью.

Изменения функции железы имеют особенности клинических проявлений. При гипертиреозе почти у всех больных наблюдаются расстройства сердечной деятельности (тахикардия, мерцательная аритмия), а при гипотиреозе частыми

симптомами есть снижение памяти, бессонница, сухость кожи, постоянная усталость, апатия т.е.симптомы, более характерные для возраста больных, чем для имеющейся патологии щитовидной железы.

Разработаны показания к хирургическому лечению узлового коллоидного зоба. Ими есть наличие компрессионного синдрома, функциональной автономии и загрудинный зоб. На основании ретроспективного анализа проведенных оперативных вмешательств определены показания к выбору объёма операции на железе. При моно и мультифокальном одностороннем узлом процессе операцией выбора есть гемитиреоидэктомия, при двустороннем зобе – тиреоидэктомия или гемитиреоидэктомия и резекция другой доли. В случаях шейно-загрудинного зоба показана тиреоидэктомия.

Предложенные способ экспозиции и технология выполнения операции на щитовидной железе по поводу узлового зоба позволяют уменьшить количество интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений почти в 3 раза.

В послеоперационном периоде после резекционных операций для профилактики рецидивов зоба назначали препараты йода. Коррекцию тиреоидного статуса проводили препаратами левотироксина в дозе, которая обеспечивала уровень ТТГ в пределах 1,8 – 2,7 мкЕд/мл. Выбор адекватного объёма операции и послеоперационное реабилитационное лечение позволили снизить количество рецидивов зоба в 3,5 раза.

Ключевые слова: узловой коллоидный зоб, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение, послеоперационная реабилитация больных.

ANNOTATION

Lyulka O.M. Optimizing surgical management of the patients with nodular colloid goiter. – Manuscript.

Dissertation for receiving the Candidate of Medical Sciences degree, specialty 14.01.03 – Surgery. - I.Ya.Horbachevsky State Medical University, Ministry of Public Health of Ukraine, Ternopil, 2006.

The dissertation deals with the actual problem of treating patients with nodular colloid goiter.

303 patients with the focal and diffusive pathology of the thyroid gland were observed. The specifics of the cytologic picture and nucleus morphometry as well as the possibility of using karyometry findings for the differential diagnosis of the focal formations in the thyroid gland were studied in 87 patients with papillary and follicular carcinoma, nodular colloid goiter, follicular adenoma, diffuse toxic goiter and autoimmune thyroiditis. The peculiarities of clinical symptoms of nodular colloid goiter depending on the number, size and localization of the nodular formations, the disease duration, the neck anatomical structure, patients' age, associated ailments as well as indications to the surgical treatment, choice of the the operationn volume,

technique of its performance and principles of postoperative rehabilitation were studied in 216 patients with nodular colloid goiter.

In cases of vague and questionable findings of cytological investigations karyometry proved to be highly specific method of the differential diagnosis. Pathogenically and clinically well-reasoned indications to the surgical treatment of the patients with nodular colloid goiter were proposed. The improved technique of the operations, suggested principles of the operation volume choice as well as the patients' postoperative rehabilitation enabled to reduce 3 times the number of intraoperative and postoperative complications and 3.5 times goiter and thyrotoxicosis relapse, respectively.

Key-words: nodular colloid goiter, differential diagnosis, surgical treatment, postoperative rehabilitation of the patients.