

УДК 616.441-006.5-089

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВОГО ЗОБУ

Воронич М.В., Шеремет П.Ф., Шпряха Я.С., Криванич Д.В., Курах І.І., Шляхта Т.Я., Ганчин В.В.,
Рогач С.М., Йовбак Т.В.

Ужгородський національний університет, кафедра факультетської хірургії, м. Ужгород

Ключові слова: вузловий зуб, ультразвукова діагностика, пункційна біопсія, цитологія, оперативне лікування.

Вступ. Найбільш поширеним захворюванням щитовидної залози є вузловий зуб. Це клінічний стан, при якому у тканині залози визначається утворення, структурно відмінне від усієї її маси, діаметр якого перевищує 10 мм. Так, за секційними даними серед клінічно незмінених щитовидних залоз у 50% випадків виявляються вузли. В ендемічних за зобом районах вузлові форми складають до 70%. Поняття вузлового зобу є об'єднуючим і включає до себе різні патологічні процеси, що приводять до вогнищевої гіперплазії: колоїдний вузол, кісти, аденома, локальний тиреоїдит, пухлини щитовидної залози [1, 2, 3].

Матеріали і методи. За останні 5 років (1998-2003) у клініці факультетської хірургії на лікуванні знаходилося 135 хворих із вузловим зобом. В основному це були люди у віці від 30 до 60 років (85%). Співвідношення чоловіків до жінок складало 1:10. Діагностика вузлового зобу базувалася на загальноклінічних методах обстеження та ультразвуковому обстеженні (УЗО) з тонкоіголковою пункційною аспіраційною біопсією (ТГПАБ) та цитологією для з'ясування природи вузла.

Невеликі вузли (15-20 мм у діаметрі) не турбували хворих, і ті не підозрювали про їх існування. Лікарі часто не знаходили такі утворення при пальпації і вони виявлялися лише при УЗО. Вузли більших розмірів (30 мм), уже викликали деяку деформацію ший, були помітними при огляді та при пальпації хворого. Зоби значних розмірів визивали явну деформацію ший та створювали компресію анатомічних утворень. Багатовузлову форму зобу було виявлено у 79 хворих, одновузлову - у 56. Однобічна локалізація вузлів мала місце у 52,6% випадків.

Результати обстежень та їх обговорення. Серед 80 пацієнтів із ультразвуковими ознаками вузлового зобу цитологічно у 8 виявлено атипівні клітини, у 4 -

ракові клітини, у всіх інших - мала місце цитологічна картина, характерна для колоїдного зобу. У 26 хворих при УЗО виявлено аденому щитовидної залози: при цитологічному дослідженні пунктатів у 4 випадках мали місце ознаки клітинного атипізму, а в одному випадку - ракові клітини. У 19 пацієнтів ультразвуком діагностовано кісту щитовидної залози, де при пункційній біопсії та цитології ознак атипії не було виявлено. Ультразвукова картина раку щитовидної залози мала місце у 10 хворих, однак цитологічно діагностовано лише у 7 хворих. Всього з 135 хворих цитологічно атипівні клітини виявлено у 12 хворих, які утворили групу ризику по підозрі на рак щитовидної залози та потребували інтраопераційної експрес-біопсії. Ракові клітини цитологічно було виявлено у 12 хворих, що склало 8,8%.

На основі результатів додаткових методів обстеження (УЗО + ТГПАБ) ми мали можливість диференційовано підійти до вибору методу оперативного лікування вузлового зобу. Так, оперативному втручанню підлягали хворі з розміром вузла більше 30 мм та автономними аденомами, що збільшувалися (на 5 мм за 6 місяців за даними УЗО), вузлами, що викликали значну деформацію та компресію органів ший, вузлами з ознаками атипії, малігнізації, рецидивом зобу.

Хворі з вузловим зобом, як правило, не потребували спеціальної передопераційної підготовки. Операції виконувалися під загальним знеболенням із інтубацією та штучною вентиляцією легень. Обсяг втручання вирішувався в кожному конкретному випадку після проведення інтраопераційної ревізії обох часток щитовидної залози, котра часто змінювала уявлення про характер та масштаби патологічного процесу в залозі. На об'єм операції в значній мірі впливали і результати інтраопераційної експрес-гістології у хворих з підозрою на онкологічний процес залози.

Таблиця 1

Види оперативних втручань у хворих із вузловим зобом

№ п/п	Назва операції	Кількість хворих
1	Двобічна субтотальна резекція щитовидної залози	42
2	Субтотальна резекція однієї частки залози	34
3	Геміструмектомія	30
4	Геміструмектомія з резекцією контрлатеральної частки	11
5	Струмектомія	11
6	Пункційна склеротерапія	7
	Всього	135

Так, при полінодозному ураженні обох часток органу виконувалася двобічна субтотальна субфасціальна резекція за Ніколаєвим (таблиця 1). При полінодозному тотальному ураженні однієї частки з поодинокими вузлами в контрлатеральній частці – одностороння геміструмектомія з резекцією контрлатеральної частки в межах здорових тканин. При полінодозному тотальному ураженні однієї частки та при аденоматозних вузлах з ознаками атипії проводилася однобічна геміструмектомія. У хворих з аденомними вузлами без ознак атипії та кістами великих розмірів виконували субтотальну субфасціальну резекцію однієї частки залози. При наявності одиничної кісти залози розміром до 30 мм проводили пункційну склеротерапію під УЗ контролем в динаміці до 6 місяців. У хворих з підозрою на рак щитовидної залози після інтраопераційної ревізії обох часток і регіонарних лімфовузлів виконували експрес-біопсію підозрілих ділянок з подальшим гістологічним підтвердженням і струмектомію. У післяопераційному періоді пацієнти направлялися в Обласний онкологічний диспансер для проходження курсу специфічного лікування. У 8 хворих

мала місце 2-га стадія (T2,3,N0,M0) онкопроцесу без метастазів у лімфатичні вузли, з гістологічними підтвердженнями фолікулярної форми раку, що є характерним для ендемічної зони.

У 7 хворих з кістою щитовидної залози діаметром до 30 мм проводили 3-5-разові пункції кісти з евакуацією вмісту та склеротерапією розчином етилового спирту з новокаїном під ультразвуковим контролем в динаміці протягом 6 місяців. У 5 хворих настала слеротизація та рубцювання кісти, а у 2 хворих - результат невідомий.

Післяопераційний період протікав з ускладненнями у 7 хворих: у 3 випадках струмектомії ми спостерігали ушкодження зворотнього нерва з одного боку, у 2 хворих із субтотальною резекцією - мала місце кровотеча з судин кукси залози, у 1 хворої після струмектомії - спостерігали клініку гіпаратиреозу, а 1 хвора з раком залози - померла після операції внаслідок розвитку тиреотоксичного кризи.

На час виписки хворих із стаціонару були отримані результати гістологічного дослідження препаратів щитовидної залози (таблиця 2).

Таблиця 2

Варіанти гістологічних форм вузлового зобу

№ п/п	Гістологічна форма	Кількість випадків
1	Мікро-, макрофолікулярна колоїдна струма	86
2	Аденома	27
3	Кіста	13
4	Фолікулярний рак	9
	Всього	135

При співставленні результатів доопераційного обстеження 12 хворих із виявленими ознаками клітинної атипії (УЗО + ТГПАБ + цитологія) з даними післяопераційного гістологічного заключення у 4 хворих виявлено аденоматозні вузли, у 3 - зоб Хашімото, у 2 – хронічний тиреоїдит Де Кервена, у 2 хворих – раковий процес, а у ще 1 – туберкульоз щитовидної залози. У 2 хворих ТГПАБ + цитологія дали від'ємний результат, однак гістологічно виявлено фолікулярний рак залози. Таким чином, доопераційна помилка в діагнозі становила 12,3%, а по онкології 2%. Тобто, УЗО з ТГПАБ з цитологією дала правильну передопераційну морфологічну картину вузлуотворень щитовидної залози в 87,7%.

Висновки. 1. На доопераційному етапі основним методом діагностики вузлуотворень щитовидної залози є УЗО з ТГПАБ та цитологічним дослідженням пунктату вузла.

2. Оперативному лікуванню підлягають вузлуотворення щитовидної залози розміром більше 30 мм; утворення, що швидко збільшуються; вузли з ознаками атипії чи малігнізації; вузли, що дають компресію органів ший; рецидивні вузли.

3. При одиничних вузлах та кістах великих розмірів без ознак атипії повинна виконуватися субтотальна субфасціальна резекція частки залози.

4. При полінодозному ураженні частки та аденоматозних вузлах з ознаками атипії показана однобічна геміструмектомія.

5. При багатовузловому двобічному зобі операцією вибору є субтотальна субфасціальна резекція за Ніколаєвим або гемітиреоїдектомія з резекцією контрлатеральної частки.

6. При раку залози 2-ої стадії (T2,3,N0,M0) операція вибору – струмектомія з подальшим лікуванням в умовах онкодиспансеру.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боднар П.М. Ендокринологія. – Київ, 2002. – 507 с.
2. Владіна Е.А. Заболевания щитовидной железы. – Санкт-Петербург, 2001. – 337 с.
3. Мамчич В.И., Погорелов А.В. Хирургическое лечение узловых форм зоба после аварии на Чернобыльской АЭС // Клин. хирургия. – 1992. - №12. - С. 38 - 40.

SUMMARY**DIAGNOSTIK AND SURGICAL TREATMENT OF NODIC STRUMA****Voronich M.V., Sheremet P.F., Shpryakh Y.S., Krivanich D.V., Kurah I.I., Shlyakhta T.Y., Ganchin V.V., Rohach S.M., Yovbak T.V.**

In this article are shown the results of 135 patient`s treatment suffered on nodic struma. Authors improved high diagnostic importance of preoperative ultrasonic diagnostic and needle biopsy with cytology invertigation. The histological resume are comparted in cases of 87,7%. This article consist the possible variants of operations in this case of patalogy.

Keywords: nodic struma, ultrasonic diagnostic, needle biopsy, cytology, operation treatment.