

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ РЕЦИДИВНИЙ ЗОБ

Павловський М.П., Бойко Н.І., Павловський І.М.

Кафедра факультетської та загальної хірургії, Львівський державний медичний університет ім. Д. Галицького

У 1995 - 1997 рр. в клініці на лікуванні знаходиться 98 хворих на післяопераційний рецидивний зоб (ПРЗ). Жінок було 87, чоловіків 11 (піввідношення - майже 8:1). Середній вік пацієнтів - 49,3 року. Показань до операції не було встановле-

но у шести хворих. Оперовано 92 пацієнти з ПРЗ. За цей період операції з приводу ПРЗ склали в клініці 4,8% від усіх (1922) операцій на щитовидній залозі.

З приводу рецидивного полінодозного коліодного зоба (ПКЗ) оперовано 35 хворих. З

діагнозом аденоми ЩЗ чи вузлового зоба при першій операції повторно оперовано 41-го хворого. Із 15-ти хворих на ПРЗ, у яких при першій операції стверджено дифузний токсичний зоб (ДТЗ), оперовано 12. У чотирьох хворих при первинній операції діагностовано аутоімунний тироїдит (АТ). При повторній операції з приводу рецидиву первинний діагноз у цих пацієнтів підтвердився.

Серед оперованих з приводу ПРЗ у 12-ти верифіковано рак ЩЗ. При первинній операції у них гістологічне рак ЩЗ не був виявлений.

Буде викладено результати детального аналізу хворих на ПРЗ - клінічні, гормональні і патоморфологічні особливості у співставленні з характером первинної патології, об'ємом первинної операції та лікуванням після неї.

У хірургічному лікуванні захворювань ЩЗ за останні роки досягнуто значні успіхи, однак ПРЗ спостерігається у 0,5-20% випадків [2, 4, 7]. В регіонах, де розповсюджений ендемічний зоб, є більша кількість ПРЗ, тому що хворі після операції перебувають у тих самих ендемічних несприятливих умовах [1, 5, 6]. Це ж відноситься і до Прикарпатського ендемічного зобного регіону.

Розрізняють справжні і несправжні рецидиви. Останні зустрічаються набагато частіше і складають 60-70% рецидивів. Справжній рецидив - це інтенсивна регенерація і наступна гіперплазія кукси (кукс) ЩЗ, а несправжній рецидив - це дальший розвиток зоба після неповного об'єму попередньої операції. Особливо слід виділити розвиток раку в оперованих ЩЗ.

Аналіз наших спостережень засвідчив про те, що ПРЗ через 10 і більше років після первинної операції є підстави вважати, здебільшого, як нове захворювання ЩЗ в умовах ендемічного зобного регіону.

Одним із вирішальних чинників у профілактиці ПРЗ є кваліфіковано виконана адекватна первинна

операція, об'єм якої диктується характером патології ЩЗ. Тому, в першу чергу, зростає роль передопераційної діагностики, в якій окрім клінічних і лабораторних, зокрема гормональних методів, важливу роль грають тепер ультразвукове дослідження (УЗД), тонкоігловка аспіраційна пункційна біопсія, рівно ж субопераційна цитологічна і гістологічна експрес діагностика. Тут важливою є тісна співпраця хірурга і кваліфікованого патоморфолога.

Енуклеацію вузлів при первинній операції слід трактувати, як технічну помилку, а при передраку чи раку ЩЗ повинна бути виконана первинна тироїдектомія з видаленням регіонарних лімфовузлів.

Досвід засвідчує, що хворі на ПРЗ переносять операції значно важче і самі операції є значно складнішими, ніж первинні резекція ЩЗ чи струмектомія. При повторних операціях на ЩЗ удвічі зростає летальність [3].

Після первинної операції пацієнт повинен отримувати адекватну доповнюючу чи замісну гормональну терапію, бути під спостереженням хірурга-ендокринолога. Це особливо важливо тому, що, як свідчать наведені спостереження, у залишеній тканині ЩЗ з часом не виключена можливість розвитку раку. В цих умовах зростає роль періодичного контрольного УЗД ЩЗ.

Не дивлячись на профілактичне лікування після первинної операції, частота рецидивів та їх ускладнень залишається високою, що зумовлює необхідність опрацьовувати нові підходи до вивчення патогенезу, методів лікування і профілактики зоба зокрема і ПРЗ.

Операції на ЩЗ, особливо в умовах ендемічного зобного регіону і при зростанні в останні роки частоти раку ЩЗ, повинні виконуватися кваліфікованими хірургами у спеціалізованих відділеннях хірургічної ендокринології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ігнатівський Ю.В., Черенько М.П., Черенько С.М. Диференційна діагностика зоба і раку щитовидної залози та їх хірургічне лікування. Тези допов. V з'їзду ендокр. України. Сучасні пробл. експерим. та клін. ендокр. Київ-Ів. Франківськ.-1994.-С. 267.
2. Калайда А.П., Выродов М.С. Рецидивный зоб//Хирургия.-1988.-№4.-С. 94-98.
3. Кашпар З., Михек И., Смурный И. Отдаленные результаты хирургического лечения заболеланий щитовидной железы//Хирургия.-1966.-№9.-С. 39-41.
4. Мамчич В.И. и др. Объем хирургического вмешательства по поводу различных форм зоба//Клиническая хирургия.-1995.-№3.-С. 42-44.
5. Черенько М.П., Асие Нчама Федерико, Игнатівський Ю.В. и др. Профилактика рецидивов заболевания и гипотиреоза при хирургическом лечении больных с узловыми формами зоба//Клиническая хирургия.-1988.-№5.-С. 25-27.
6. Fenzi G.F., Bartalena L., Lombardi A. et al. Thyroid autoimmunity and endemic goiter. Endocrinol, 1986, 20, N1, P. 40-56.
7. Ozoux J.P., De Calan L., Rivallain B. et al. Maladie de Basedow: Rncidives apras traitement chirurgical. Etude d'une zirie de 88 malades. J. Chir. (Paris), 1988, 125, N6-7, 408-412.

РЕЗЮМЕ

Послеоперационный рецидивный зоб

Павловский М.П., Бойко Н.И., Павловский И.М.

Изложены результаты детального анализа больных с послеоперативным рецидивным зобом: клинические, гормональные и патоморфологические особенности в сопоставлении с характером первичной патологии, объемом первичной операции и лечением после нее.

SUMMARY**Postoperative recurrent goitre****M.P. pavlovsky, N.I. Boyko, I.M. Pavlovsky**

The results of detailed analysis of the patients with postoperative recurrent goitre are presented: clinical, hormonal and pathomorphological peculiarities compared to the character of the primary pathology, the volume of the primary operation and the treatment after this operation.