

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА

**ВОСКОБОЙНІК ОЛЬГА ЮРІЇВНА**

УДК 616.441-006.5-089.844

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ  
БАГАТОВУЗЛОВИХ ФОРМ ЗОБУ**

**14.01.03 – хірургія**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**  
**дисертації на здобуття наукового ступеня**  
**кандидата медичних наук**

**Вінниця-2013**

Дисертацією є рукопис:

Робота виконана у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України (м. Київ).

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор **Мамчич Володимир Іванович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, професор кафедри хірургії та проктології.

**Офіційні опоненти:**

- доктор медичних наук, професор **Герич Ігор Дионізович**, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, професор кафедри загальної хірургії;

- доктор медичних наук, професор, член-кор. НАМН України, **Комісаренко Ігор Васильович**, ДУ “Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка НАМН України”, керівник хірургічного відділу.

Захист відбудеться “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2013 р. о \_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова МОЗ України, за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова МОЗ України, за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56

Автореферат розісланий “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2013 р.

**Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради  
д.мед.н., професор**



**С.Д. Хіміч**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** На сьогодні в Україні є досить велика кількість хворих на тиреоїдну патологію, яка потребує хірургічного лікування, збереження та поліпшення якості життя після оперативного втручання з використанням цитологічних, імуногістохімічних та електронно-мікроскопічних методів дослідження (Анрі Ж.Ф., 2003; Комісаренко І.В., 2012).

В Україні й світі зростає частота виникнення патології щитоподібної залози, яка зумовлена дефіцитом йоду в біосфері та наслідками аварії на Чорнобильській атомній електростанції (Епштейн О.В., 2006; Тронько М.Д., 2007; Гульчій М.В., 2008; Рибаків С.Й. та співавт., 2008; Грубнік В.В., 2012).

На земній кулі, за даними ВООЗ та літературних джерел, близько 7 % населення страждає від вузлових форм зобу. В Україні поширеність вузлової трансформації щитоподібної залози складає близько 3 тис. на 100 тис. населення, і щороку 9-10 тис. пацієнтів у країні оперують з приводу цієї патології (Рибаків С.Й. та співавт., 2008). У США, за даними American Thyroid Association, кількість хворих за десять років постійно зростає на 3,8 – 4,2 % (D.S.Cooper et al., 2006; Павловський М.П., 2008).

Щороку в Україні виконується близько 12000 операцій на щитоподібній залозі (Черенько С.М., 2003; Шідловський В.О. та співавт., 2008; Грубнік В.В., 2012) з них 5-6 тис. становлять тиреоїдектомії з приводу багатовузлових форм зобу. Частка злоякісних пухлин серед вузлів щитоподібної залози становить у середньому 15% (Доготар В.Б., та співавт., 2006; Гульчій М.В., 2009). При багатовузловому зобі частота утворення злоякісних вузлів становить від 3 до 17%, а при дослідженнях препаратів рецидивного зобу рак зустрічається у 15,4% (Sakir M., 2007).

Інвалідизують пацієнтів рецидиви захворювання, або прогресування злоякісного процесу (Макар Р.Д., 2009; Гульчій М.В., 2012; Коваленко А.Є., 2012; Паламарчук В.О., 2012).

Проблеми терапії захворювань щитоподібної залози пов'язані із профілактикою та лікуванням ускладнень, що виникають при цьому (Ларін О.С. та співавт., 2012). Розповсюдженим ускладненням, яке відмічається в післяопераційному періоді що складає 2,8-11% є гіпотиреоз (Комісаренко І.В. та співавт., 2000; Анрі Ж.Ф., 2003; Олійник В.А., 2006; Рибаків С.Й., 2009; Takahiro O. et al., 2000).

Останніми роками у світі спостерігається тенденція до деталі радикальнішого хірургічного лікування багатовузлових форм зобу (Коваленко А.Є., 2009; Макар Р.Д., 2009; Racini F. et al., 2006).

Особливої уваги потребує проблема компенсації післяопераційного гіпотиреозу, якій найчастіше виникає внаслідок перенесеної тиреоїдектомії (П.Л.Ляшук, 2006; Черенько С.М., 2009), але навіть після гемитиреоїдектомії з приводу вузлового зобу еутиреоїдної форми частота виникнення гіпотиреозу може сягати 35%, з них третина випадків припадає на маніфестний (Mc Henry C.R., 2000; Черенько С.М., 2009).

Деякі автори трактують післяопераційний гіпотиреоз не стільки як хворобу, скільки як “спосіб життя”, який не вимагає суттєвих обмежень для пацієнта; до того ж не йде у жодне порівняння з небезпекою рецидиву зобу або прогресування раку

щитоподібної залози у випадку нерадикальної операції (П.С.Ветшев, 2006; В.В., Комісаренко І.В., 2011).

Частина хворих втрачає працездатність у зв'язку з погіршенням якості життя і стану серцево-судинної системи (R.Larisch et al., 2004; M.H.Samuels et al., 2007), тиреоїдна недостатність виникає у 74% оперованих хворих ( Караченцев Ю.І. та співавт., 2003; Шідловський В.О., 2008).

Поєднання післяопераційного гіпотиреозу та ішемічної хвороби серця, стійкого підвищення артеріального тиску “кардіологічна маска” гіпотиреозу відмічається у 30-40% хворих після перенесеної тиреоїдектомії (В.А.Олійник, 2006; Черенько С.М., 2010). На думку авторів, кардіалгічний синдром асоціює з післяопераційним гіпотиреозом, а замісна терапія L-тироксином, підвищує ризик посилення ішемії міокарда (Шідловський В.О., 2008; Приступок О.М., 2011)

В Україні на початку 2003 р. серцево-судинні захворювання стали причиною інвалідності у 33% населення та смерті майже у 50% (Г.А.Анохіна, 2005; Амосова К.М., 2012), у 2006 р. налічувалося 6-8 млн пацієнтів з ішемічною хворобою серця (В.О.Аміянц, 2004). Серцево-судинні захворювання трапляються приблизно у 40% хворих, що направляються на хірургічні операції (А.П.Чернов, 2008; Грубнік В.В., 2012).

Отже, попри значний активний інтерес до проблеми і глибоке вивчення окремих аспектів цього питання науковцями як України так і зарубіжжя упродовж останніх десятиріч не достатньо вирішеними залишаються підходи до хірургічного лікування багатовузлових форм зобу, що обумовлює необхідність подальшого пошуку, розробки підходів щодо раціонального обсягу оперативних втручань.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація виконана у відповідності з планом науково-дослідних робіт кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, номер Державної реєстрації теми №0104U002338.

Робота запланована на ПК «Хірургія» НАМН та МОЗ України (протокол № 9 від 08.06.2007 р.)

**Мета дослідження:** Метою роботи є покращення віддалених результатів хірургічного лікування та обґрунтування тактики хірургічних втручань при багатовузлових формах зобу, шляхом вивчення та впровадження у практику оптимізованих хірургічних підходів, які забезпечують профілактику ускладнень.

Відповідно до мети дослідження були поставлені наступні завдання:

1) Дослідити наукову документацію, яка відображує підходи до вирішення проблеми хірургічного лікування багатовузлових форм зобу та причинно-наслідкові фактори, що її формують.

2) Вивчити медико-демографічні характеристики та провести порівняльну характеристику хірургічного лікування пацієнтів з багатовузловим зобом, еутиреоїдної форми що до обсягу оперативних втручань (щадної операції та тиреоїдектомії).

3) Дати оцінку стану хворих після проведених щадних операцій з використанням інструментальних та радіоімунологічних досліджень. Обґрунтувати та дати оцінку ефективності проведення щадних операцій спрямованих на запобігання розвитку післяопераційного гіпотиреозу у певних категорій хворих.

4) Вивчити рецидиви зобу та повторні оперативні втручання. Проаналізувати доцільність радикальних підходів в лікуванні багатовузлових форм зобу та визначити місце тиреоїдектомії.

5) На основі комплексної оцінки впровадити в практику хірургічні підходи до лікування багатовузлових форм зобу.

*Об'єкт дослідження:* післяопераційний гіпотиреоз, рецидиви зобу, ускладнення з боку серцево-судинної системи.

*Предмет дослідження:* багатовузлові форми зобу.

*Методи дослідження:* епідеміологічний, клінічний, бібліосемантичний, цитологічний, гістологічний, радіоімунологічний, інструментальний, статистичний.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Дана оцінка стану пацієнтів після проведення щадних операцій з використанням інструментальних та радіоімунологічних досліджень та проведений аналіз радикальних підходів щодо лікування багатовузлових форм зобу, які забезпечують профілактику ускладнень. Теоретичне значення полягає у доповненні теорії обґрунтування тактики хірургічних втручань у пацієнтів на багатовузловий зоб.

**Практичне значення отриманих результатів.** Результати дослідження поглиблюють існуючі знання щодо хірургічного лікування багатовузлових форм зобу та використовуються у викладанні хірургічних дисциплін у навчальних закладах.

Впровадження в практику оптимізованих хірургічних підходів, щодо лікування багатовузлового зобу, полягає в проведенні індивідуалізованих адекватних операцій, з метою профілактики розвитку віддалених післяопераційних ускладнень.

Враховуючи реформування та зміни фінансування медичної галузі в Україні, впровадження страхової медицини та надання чинності закону “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги”, результати дослідження необхідні для того, щоб оптимізувати навчання лікарів загальної практики – сімейної медицини-досить нової медичної спеціальності в Україні, значна частина яких опиняються в амбулаторіях сімейного лікаря у сільській місцевості, де медична допомога повинна бути максимально наближеною до пацієнта.

**Особистий внесок дисертанта.** Дисертаційна робота виконана на клінічній базі кафедри хірургії та проктології НМАПО імені П.Л.Шупика МОЗ України.

Автором спільно із керівником сформульовані мета і завдання дослідження, складання протоколу дослідження пацієнтів та їх спостереження. Дисертантові належить самостійне здійснення патентного пошуку, аналізу світової літератури. Автор брав безпосередню участь у виконанні всіх діагностичних процедур і хірургічних втручань. Проведення всього обсягу аналітичної роботи, обробка архівного матеріалу, результатів дослідження та лікування, обробка отриманих даних та їх статистичне обчислення виконано ним особисто. Спільно із керівником визначені особливості, обґрунтовані та впроваджені в практику оптимізовані підходи до хірургічного лікування багатовузлових форм зобу. Усі розділи дисертації, висновки та практичні рекомендації написані автором самостійно.

В публікаціях, які написані у співавторстві, дисертантові належить основна

роль, а саме: ідея роботи, отримання та обробка результатів, підготовка до друку.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації обговорені на: Науково-практичній конференції присвяченій 145-річчю Київської обласної лікарні (м. Київ, 2007 р.); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної хірургії» (м. Київ, 2008 р.); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Рани, ранова інфекція, з'єднання тканин» (м. Київ, 2009 р.); засіданні наукового товариства хірургів міста Києва та Київської області (м. Київ, 2011р.); засіданні апробаційної ради НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України (м. Київ, 2012 р.)

**Публікації.** За матеріалами дисертації надруковано 14 наукових праць у фахових журналах та збірниках наукових праць, 3 тези в матеріалах конференцій. У зазначених наукових працях наведені конкретні матеріали, що відображають особливості хірургічного лікування багатовузлових форм зобу.

**Структура дисертації.** Дисертація написана українською мовою на 180 сторінках друкованого тексту і складається із вступу, 4 розділів, які включають аналітичний огляд літератури, опис матеріалів та методів досліджень, аналізу отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та додатків. Бібліографічний покажчик включає 313 джерел, з яких 98 іноземних.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Дисертаційна робота виконана на клінічній базі кафедри хірургії та проктології НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України. Робота ґрунтується на результатах радіоімунологічної та інструментальної оцінки прооперованих пацієнтів з приводу багатовузлових форм зобу, яким проводились щадні операції.

Проведене ретроспективне дослідження медичної документації прооперованих хворих за попередні роки.

Дані клінічного аналізу підтвержені дослідженнями:

- 1) ультразвукова діагностика щитоподібної залози;
- 2) тонкогोलкова аспіраційна пункційна біопсія з цитологічним дослідженням пунктату;
- 3) дослідження вмісту тиреоїдних гормонів в крові; Са ++ крові;
- 4) інтраопераційне патогістологічне дослідження.
- 5) патогістологічне дослідження

Кожен пацієнт був інформований щодо обсягу оперативного втручання та дав на це згоду, про що свідчить підпис пацієнта в історії хвороби. Дозвіл на проведення дослідження дано комісією з питань біоетики. Згідно Закону України “Про захист персональних даних” від 1 червня 2010 р. № 2297-VI за власним підписом пацієнта заповнюється заява-згода. У відділенні заповнюється карта спостереження епідеміологічного нагляду за інфекціями області хірургічного втручання та їх профілактики.

Комісією з біоетики НМАПО імені П.Л.Шупика було встановлено, що проведені дослідження не суперечать основним біоетичним нормам (протокол засідання КЕ № 4(28) від 02.04.2007 р.)

Пацієнти проходили обстеження за єдиним протоколом дослідження. Для обстеження всіх пацієнтів використовувались традиційні та спеціальні методи дослідження: вивчення анамнестичних даних (сімейний анамнез стосовно патології щитоподібної залози та захворювань серцево-судинної системи у родичів пацієнта, а також наявності захворювання органів серцево-судинної системи пацієнта) і особливостей попереднього лікування (консервативного, оперативного); огляд та фізикальне обстеження пацієнтів; загальний аналіз крові та сечі; біохімічне дослідження крові з визначенням білірубіну, загального білку, цукру крові, сечовини, креатініну, електролітів (калію, натрію, кальцію) на апараті “ELECTROLYTE ANALYZER 9180” та “HUMALYZER 2000”; коагулограми з фіксацією протромбінового часу, часу згортання крові; ультразвукове дослідження щитоподібної залози проводили на апараті “PHILIPS En Visor” Нідерланди; тонкогolgкова аспіраційна пункційна біопсія (ТАПБ) з цитологічним дослідженням пунктату для морфологічної характеристики вогнищевих утворів; ЕКГ знімалася на апараті.

“Schiller cardiovit AT- 2 plus” (Німеччина), або амбулаторно в умовах поліклініки ЦРЛ; огляд оториноларинголога; консультація кардіолога або терапевта; визначення вмісту гормонів тиреоїдного профілю в сироватці крові (ТТГ, Т4 вільна та АтТГ) проводилося імуноферментним методом на імуноферментному аналізаторі “Star fax 303 plus”. Точність виміру  $\pm 1\%$ . Набори для визначення гормонів - “Иммунотех” (Росія); цитологічне дослідження пунктатів-аспіратів з щитоподібної залози проводилось на препаратах, забарвлених гематоксилін-еозином; вивчення препаратів проводилось за допомогою світлової мікроскопії; експрес-гістологічне дослідження тканини для виключення випадків раку щитоподібної залози виконувалось на заморожених зрізах, які було отримано на криостаті “Leisa” (Німеччина), після забарвлення останніх толуїдиновим синім та світлової мікроскопії на мікроскопі “Leisa” (Німеччина); гістологічне дослідження операційного матеріалу проводилось після стандартної обробки та фарбування парафінових зрізів гематоксилін - еозином за допомогою світлової мікроскопії на мікроскопі “Karl Zeiss Jena” (Німеччина).

Верифікація гістологічних діагнозів проводилась за допомогою патогістологічних методів, які базувались на критеріях загальноприйнятої класифікації ВООЗ пухлин ЩЗ.

Оцінювали ступінь збільшення ЩЗ, згідно з Міжнародною класифікацією розмірів зобу, запропонованої ВООЗ у 2001 році. Згідно з цією класифікацією, виділяли два ступені збільшення ЩЗ - I і II.

0 ступінь - зоба немає, розміри часток не перевищують розмірів дистальної фаланги великого пальця обстежуваної особи.

I ступінь - зоб пальпується, але не видимий при звичайному положенні ший.

II ступінь - зоб пальпується, видимий при звичайному положенні ший.

Для визначення функціонального стану ЩЗ в клінічній практиці використовували показники гормонів тиреоїдного профілю (медична документація, форма № 245/0), затвердженою МОЗ України 04.01.2001, № 1, КЗ КОР “КОКЛ”, ЦКДЛ. Відділ діагностики СНІДу .

Усі пацієнти обстежені на дошпитальному етапі в умовах поліклініки КОЕЦ, за загальноприйнятим протоколом обстеження пацієнтів з вузловими утвореннями

ЩЗ. (Клінічний протокол ведення хворих із хірургічною патологією ендокринної системи схвалений Українською Асоціацією Ендокринних Хірургів на XXII з'їзді хірургів України (04.06.2010, Вінниця).

ТАПБ проводили в амбулаторних умовах поліклініки КОЕЦ під контролем УЗД, це дозволило пунктувати вузли розміром до 1 см з залученням клініциста, спеціаліста з УЗД та цитолога.

Цитологічний аналіз проводили згідно з рекомендаціями Американської асоціації клінічних ендокринологів (ААСЕ), що пропонує такі цитологічні висновки ТАПБ: 1) Тиреоїдит Хашимото; 2) Колоїдний вузол (вузловий зоб); 3) Підгострий (грануломатозний) тиреоїдит; 4) Папілярна карцинома ЩЗ; 5) Фолікулярна карцинома ЩЗ; 6) Медулярна карцинома; 7) Анапластична карцинома; 8) Злоякісна лімфома; 9) Метастази раку у ЩЗ.

Сумнівні цитологічні висновки розділяли на такі групи: 1) Підозра на папілярний рак ЩЗ; 2) Фолікулярна неоплазія; 3) Неоплазія з клітин Гюртля.

Використовували діагностичні критерії запропоновані цитопатологічним товариством Папаніколау (Papanicolaou Society of cytopathology –PSC) 2006 року: 1) Незадовільні; 2) Доброякісні; 3) Клітинне утворення, не можна виключити фолікулярну неоплазію; 4) Фолікулярна неоплазія; 5) Підозра на злоякісний процес; 6) Злоякісні.

Аденому щитоподібної залози розглядали як доброякісну інкапсульовану пухлину з ознаками фолікулярно-клітинної диференціації.

Характер процесу у ЩЗ визначали за допомогою стандартного цитологічного аналізу біоптатів, отриманих шляхом ТАПБ. Кожне хірургічне втручання з приводу багатовузлового еутиреоїдного зобу в усіх випадках із вузлами, підозрілими на злоякісну пухлину (але остаточно морфологічно не верифікованими) включало інтраопераційне патогістологічне дослідження. Подальшу оперативну тактику визначали залежно від отриманого результату. За сумнівного результату інтраопераційного патогістологічного дослідження подальшу лікувальну тактику визначали за результатами остаточного гістологічного дослідження. У випадках інтраопераційного підтвердження диференційованого РЩЗ, тиреоїдектомію з центральною дисекцією шії доповнювали дисекцією латерального басейну на ураженому боці. У випадку встановлення діагнозу диференційованого раку ЩЗ лише після остаточного патогістологічного дослідження не встановленого на доопераційному етапі, проводили повторне оперативне втручання (тиреоїдектомію) в поєднанні з лімфаденектомією. У подальшому, лікування пацієнтів на диференційований РЩЗ включало радіойодабляцію в умовах радіологічного відділення та наступну супресивну гормонотерапію.

Усі операції виконувалися під внутрішньовенним наркозом зі штучною вентиляцією легень у положенні для тиреоїдектомії. Оцінка ризику анестезії проводилася за шкалою Американської асоціації анестезіологів. Інтраопераційний моніторинг здійснювався згідно з Гарвардським протоколом. У разі набряку гортані діагностика проводилася за допомогою клініко-інструментальних методів. Основним методом, який підтверджував набряк, була ларингоскопія.

Дослідження базується на результатах хірургічного лікування 3250 (58%) оперативних втручань з приводу вузлових та багатовузлових форм еутиреоїдного



зобу за період з 1985 по 2011 рр. Жінок - 91,9% , 8,1% - чоловіків.

Ретроспективно досліджено історії хвороб 2751 прооперованого хворого за період з 1985 по 2002 рр., у віці від 18 до 75 років з приводу різних форм зобу, з них 1997 (72,6%) оперативних втручань з приводу вузлових та багатовузлових форм еутиреоїдного зобу. Жінок-95,9% , 4,1% - чоловіків з розподілом на періоди 1985-1991 рр., 1992-1997 рр., 1998-2002 рр.

Кожен з цих періодів мав певні особливості.

В дослідну групу увійшли пацієнти прооперовані з приводу патології щитоподібної залози за період 2003-2011 рр.

В хірургічній клініці з 1985 по 1991 рік прооперовано 717 хворих у віці від 18 до 75 років з приводу різних форм зобу, з них 554 з приводу вузлового та багатовузлового еутиреоїдного зобу. Жінок - 95,9%, 4,1%-чоловіків. Вузловий зоб діагностовано у 68,7%, багатовузловий зоб у 31,3% хворих. Рецидив зобу виявлено у 3,9% хворих. Зміни в одній частці щитоподібної залози виявлено в 66,8% спостережень, в обох частках – в 33,2%.

Тривалість захворювання склала від 2 місяців до 15 років, у 87% хворих до 2 років. Рецидив зобу виник у термін від 8 місяців до 6 років після проведення першого оперативного втручання.

В 1986 році в хірургічній клініці удвічі зростає кількість хворих для проведення оперативного лікування, 82% - пацієнти працездатного віку (41-50 років). Збільшення кількості пацієнтів ми пов'язуємо з психоемоційними факторами які були різко підсилені наслідками Чорнобильської катастрофи та дією радіонуклідів, в спектрі яких значну частку склали ізотопи йоду, а також регулярним проведенням медичних оглядів населення та зверненням уваги лікарів загально - терапевтичного профілю щодо тиреоїдної патології.

На основі патогістологічного дослідження проведено порівняльний патоморфологічний аналіз всіх прооперованих в клініці хворих з 1985 по 1991 р. та виявлена тенденція до збільшення питомої ваги хворих з аутоімунним тиреоїдитом. Аналогічної тенденції виявлення раку щитоподібної залози не зафіксовано (табл. 1).

Таблиця 1

**Структура патології щитоподібної залози, % за даними клініки за період 1985-1991 рр.**

Рік	Кількість оперованих хворих, абс., од.	Аутоімунний тиреоїдит		Рак щитоподібної залози		Решта	
		абс	%	абс	%	абс	%
1985	87	3	3,5	10	11,5	74	85
1986	127	4	3,1	5	4	118	91
1987	102	9	8,9	11	10,7	82	80,4
1988	100	9	9	5	5	86	86
1989	97	10	10,3	9	9,3	78	80,4
1990	109	17	15,6	20	18,4	72	66
1991	95	13	13,7	11	11,6	71	74,7

В структурі прооперованих хворих виявлено збільшення осередкових або дифузних форм автоімунного тиреоїдиту та супутньою вторинною лімфоїдною інфільтрацією. Частота виявлення раку щитоподібної залози щорічно не однакова, коливається від 4% у 1986 р. до 18,3% у 1990 р. При локалізації осередка в однієї із часток виконували гемітиреоїдектомію з видаленням перешийка щитоподібної залози (це склало 43,4% випадків), при змішаному характері збільшення щитоподібної залози - субтотальну резекцію щитоподібної залози (46,3% випадків) або тиреоїдектомію (близько 10% випадків).

Дотримувались тактики призначення тиреоїдних препаратів з метою зменшення проявів післяопераційного гіпотиреозу та пригнічення тиреотропної функції передньої частки гіпофіза, як профілактики виникнення рецидиву.

У подальшому в клініці хірургічна тактика щодо багатовузлових форм зобу, була активною і тому при цієї патології виконувались більш розширені за обсягом резекції. Це також обумовлено і профілактикою розвитку тиреоїдного раку, доопераційна діагностика останнього навіть при наявності клініко-інструментальних, радіоімунологічних та ін. методів дослідження виявилась складною.

За результатами проведення порівняльного аналізу радіоімунологічного дослідження пацієнтів з автоімунним тиреоїдитом Хашимото та пацієнтів з вузловим та багатовузловим еутиреоїдним зобом, прооперованих у хірургічній клініці за період 1985-1991 рр. визначалися більш високий вміст тиреоглобуліну та тиреотропного гормону гіпофіза у пацієнтів першої групи (табл. 2).

Таблиця 2

**Гіпофізарно-тиреоїдні взаємовідносини у пацієнтів з автоімунним тиреоїдитом Хашимото та вузловим і багатовузловим еутиреоїдним зобом до операції за період 1985-1991 рр.**

Нозологія	T4 вільний	T3	T4 вільний*	TSH *	TГ*
Вузловий та багатовузловий еутиреоїдний зоб	128,8±6,81 нмоль/л	1,13±0,13 нмоль/л	17,11±0,92 нмоль/л	2,95±0,45 млМЕ/л	75,2±10,85 нг/мл
Зоб Хашимото	121,9±12,6 нмоль/л	1,52±0,13 нмоль/л	13,11±1,54 нмоль/л	5,54±0,98 млМЕ/л	158,5±27,6 нг/мл

Примітка. \* відмінність між пацієнтами з вузловим зобом та автоімунним тиреоїдитом достовірна.

Цифровий матеріал дослідження гіпофізарно-тиреоїдних взаємовідносин у пацієнтів з автоімунним тиреоїдитом та вузловими формами еутиреоїдного зобу оброблено методом варіаційної статистики з використанням критерієв Ст'юдента. Відмінність показників TГ, T4 вільного та TSH між цими групами пацієнтів достовірна /P<0,05/.

За період з 1992 по 1997 рр. в клініці прооперовано 978 пацієнтів з приводу різних форм зобу. З них – вузлові та багатовузлові еутиреоїдні форми зобу склали - 667 (68,2%) випадків, токсичні форми зобу - 145 (14,8%) випадків, 22 (2,2%) -

рецидив зобу, тиреоїдити з вузлуотворенням - 46 (4,7%) випадків та 98 (10%) випадків склав рак щитоподібної залози. Оперативне втручання розглядалось нами як етап лікування хворих на вузловий колоїдний зоб. Тому метою післяопераційного лікування було усунення йододефіциту, як одного із основних факторів розвитку вузлового колоїдного зобу та корекція гіпотиреозу, як наслідку операції.

За період з 1998 по 2002 рр. в клініці прооперовано 1236 пацієнтів з приводу різних форм зобу з обсягом оперативного втручання, не меншим як гемітиреоїдектомія (видалення однієї частки щитоподібної залози з перешийком) з них – вузлові та багатовузлові еутиреоїдні форми зобу склали - 776 (62,8%) випадків, токсичні форми зобу - 186 (15,1%) випадків, рецидив зобу - 28 (3,9%) хворих, тиреоїдити з вузлуотворенням - 56 (4,6%) та 168 (13,6%) випадків склав рак щитоподібної залози (табл. 3).

Таблиця 3

**Обсяги виконаних оперативних втручань у пацієнтів на вогнищеву патологію ЩЗ за даними хірургічної клініки з 1985 по 2002рр.**

Обсяг хірургічного втручання на ЩЗ	абс. кількість	(%)
Тиреоїдектомія	281	14,1
Субтотальна резекція ЩЗ	1230	61,6
Гемітиреоїдектомія з резекцією протилежної частки ЩЗ	486	24,3

Морфологічна діагностика проводилась у три етапи: передопераційне цитологічне дослідження пунктатів вузлових утворів, інтраопераційне експрес-гістологічне дослідження та післяопераційне гістологічне дослідження видалених часток щитоподібної залози.

Проводячи аналіз хірургічної тактики, слід відмітити що при наявності вузлів в щитоподібній залозі, клініка повністю відмовилась від економних резекцій щитоподібної залози. Операцією вибору стає гемітиреоїдектомія. При наявності вузлів в обох частках щитоподібної залози - тиреоїдектомія. Важливою умовою оперативного втручання залишається морфологічна діагностика у три етапи: тонкоголково пункційна біопсія на доопераційному етапі, термінове гістологічне дослідження видаленого матеріалу на операційному столі та остаточне гістологічне дослідження. З 2003 року ТАПБ виконувалась в умовах поліклініки КОЕЦ у 100% випадків.

Хірургічна тактика лікування пацієнтів, що застосовується у хірургічній клініці останніми роками, зазнала змін, тому що показання для проведення оперативного втручання з приводу вогнищевої патології звузились. Переважна більшість вузлових утворень мають невеликий розмір (це не несе загрози розвитку компресійних симптомів та косметичних дефектів на шиї, коли нема цитологічного підтвердження карциноми та підозри на злякисність процесу). Після впровадження у 2003 році цитологічної діагностики, значно знизилася частка оперативних втручань з приводу вузлових форм зобу, а кількість з приводу карцином зростає.

При проведенні ретроспективного дослідження враховували наявність в анамнезі супутньої серцево-судинної патології (ішемічна хвороба серця,

гіпертонічна хвороба) та наявність патології щитоподібної залози у родичів пацієнтів з вузловими формами еутиреоїдного зобу (табл. 4).

Таблиця 4

**Результати виявлення супутньої патології у пацієнтів та їх родичів**

Вузлові та багатовузлові форми еутиреоїдного зобу	Період (рр.)					
	1985-1991		1992-1997		1998-2002	
	554		667		776	
	абс.	(%)	абс.	(%)	абс.	(%)
Наявність в анамнезі супутньої серцево-судинної патології у пацієнта	102	18,4	196	29,3	301	38,7
Наявність в анамнезі патології щитоподібної залози у родичів пацієнта	33	6	46	6,9	54	7

Виявили, що при вузлових та багатовузлових формах еутиреоїдного зобу за період з 1985 по 2002 рр. супутню серцево-судинну патологію в анамнезі мали 599 (30%) прооперованих пацієнтів, а наявність в анамнезі патології щитоподібної залози у родичів виявлено у 133 (6,6%) випадках. З 599 пацієнтів із супутньою серцево-судинною патологією 118 (19,6%) пацієнти не працездатного віку (60 років та більш).

Частка загального масиву пацієнтів з клінічним діагнозом “багатовузловий зоб еутиреоїдної форми”, які були прооперовані у хірургічній клініці з 2003 по 2011 рр. склала 43,9% (1253 особи) від усіх прооперованих пацієнтів (2856 особи) за період 2003-2011 рр., тобто майже половина оперативних втручань проводиться з приводу багатовузлового еутиреоїдного зобу. Вузловий еутиреоїдний зоб складає 530 (18,7%), тиреотоксичний зоб - 450 випадок (15,8%), рецидивний зоб- 100 випадків (3,6%), рак щитоподібної залози - 392 (13,9%), 113 випадків тиреоїдитів (4,1%) від загальної кількості прооперованих пацієнтів з 2003 по 2011 рр. Враховуючи зростання радикалізму оперативних втручань проведено аналіз частоти виникнення специфічних післяопераційних ускладнень (СПУ) у прооперованих хворих (табл. 5).

Таблиця 5

**Частота виникнення СПУ за даними хірургічної клініки з 2003 по 2011рр**

СПУ	Тиреоїдектомія з приводу багатовузлового зобу		Тиреоїдектомія та дисекція ший з приводу рака ЩЗ		Тиреоїдектомія з приводу рецидивного зобу		Резекція ЩЗ з приводу тиреотоксичного зобу	
	(n) 948		(n) 440		(n) 100		(n) 450	
	абс.	(%)	абс.	(%)	абс.	(%)	абс.	(%)
Парез гортані	8	0,8	5	1,1	2	2	8	1,8
Гіпокальціємія	6	0,6	5	1,1	2	2	4	0,9

Примітка. n – кількість оперативних втручань.

Виявили, що найчастіше пошкодження поворотних гортанних нервів та прищитоподібних залоз було зафіксовано у хворих після проведення тиреоїдектомії з приводу рецидивних форм зобу, що пов'язано з вираженим процесом рубцювання, зміни нормальної топографічної анатомії органів шиї та технічними труднощами за рахунок порушення просторової анатомії шиї, а також в випадках з відсутністю візуального контролю за розташуванням гортанних нервів та прищитоподібних залоз під час операції.

Повторні хірургічні втручання з приводу рецидивного зобу за нашими даними несуть високий ризик виникнення специфічних післяопераційних ускладнень (СПУ) серед усіх випадків пареза гортані або гіпокальціємії - 4%.

На шляху вдосконалення техніки втручань в клініці було впроваджено екстрафасціальну методику тиреоїдектомії саме при багатовузлових формах зобу.

Етапи виконання:

1. Доступ за Кохером (комерцевоподібний розтин).
2. Мобілізували латеральну поверхню частки з пересіченням серединної вени.
3. Проводили візуалізацію та мобілізацію *gl. parathyreoidea inferior*.
4. Проводили візуалізацію та мобілізацію *n. laryngeus*.
5. Мобілізували верхній полюс частки щитоподібної залози та відводили *gl. parathyreoidea superior* (кровопостачання зберігається).
6. Візуалізація та мобілізацію *n. laryngeus recurrens* та видаляли всю частку щитоподібної залози.
7. В випадках наявності пірамідальної частки обов'язково її видаляли.

Проаналізовано історії хвороб 100 пацієнтів, яким проведено повторне оперативне лікування з приводу рецидивного зобу за період з 2003 по 2011 рр. за клініко-морфологічним віриантом. Виявили, що з усіх клініко-морфологічних форм найчастіше рецидивує аденоматозний проліферуючий зоб - 56,0%, доброякісні пухлини (фолікулярні аденоми) виявлені при першому оперативному втручанні – склали - 28,0%, 16,0% від усіх рецидивних зобів – склали тиреоїдити з вузлоутворенням.

За даними проведеного аналізу результатів операцій на ЩЗ з приводу багатовузлового зобу 1253 пацієнтів прооперованих в хірургічній клініці за період 2003-2011 рр., котрим була виконана

ТАПБ, та за результатом якої у 193 випадків отримано результат із сумнівними висновками (одне з утворень невизначеного потенціалу злоякісності) у цих пацієнтів проводилось інтраопераційне патогістологічне дослідження, результат котрого звірявся з кінцевим гістологічним дослідженням.

Інтраопераційно з 193 випадків рак виявлено у 28 пацієнтів (14,5%) (табл. 6).

На основі проведеного заключного патогістологічного дослідження проведено аналіз всіх результатів прооперованих в клініці хворих з 2003 по 2011 рр. на багатовузловий зоб щодо можливих причин вузлоутворення.

З'ясувалося, що при аденоматозному проліферуючому зобі багатовузлову форму виявлено в 423 випадках з 1253 з загальної кількості - це склало 33,7%. Явища лімфоїдної інфільтрації зафіксовано у 285 випадків, що склало - 22,7%.

Також, поєднання багатовузлової форми та лимфоїдної інфільтрації відзначено у 98 випадках, це склало - 7,8%.

**Результати хірургічного лікування 1253 випадків багатовузлового зобу еутиреоїдної форми за період 2003-2011 рр.**

<b>Клініко-морфологічний варіант</b>	<b>абс.од.</b>	<b>(%)</b>
Рецидивний зоб:	<b>100</b>	<b>3,6</b>
-аденоматозний проліферуючий зоб	56	56
-доброякісні пухлини	28	28
-явища лімфоїдної інфільтрації	16	16
Результат ТАПБ - утворення невизначеного потенціалу злякисності	<b>193</b>	<b>15,4</b>
- рак щитоподібної залози	28	14,5
<b>Решта</b>	<b>960</b>	<b>76,6</b>

Виявили, що частка виконаних тиреоїдектомій за останні 9 років зростає з 54,5% до 94,4%; субтотальних резекцій щитоподібної залози зменшилась до 1,6% у порівнянні з 23,4%, а гемітиреоїдектомій з резекцією протилежної частки зменшилась до 4%.

Кількість виконаних тиреоїдектомій з приводу багатовузлового еутиреоїдного зобу за останні 9 років складає - 81,2%; субтотальних резекцій щитоподібної залози - 9,3% та гемітиреоїдектомій з резекцією протилежної частки складає - 15%. (табл. 7).

**Результати хірургічного лікування вогнищевої патології щитоподібної залози**

<b>Обсяг оперативного втручання</b>	<b>Період</b>	<b>Кількість оперативних втручань</b>	<b>(%)</b>
Тиреоїдектомія	1985-2002	281	14,1
	2003-2011	1018	81,2
Субтотальна резекція ЩЗ	1985-2002	1230	61,6
	2003-2011	117	9,3
Гемітиреоїдектомія з резекцією протилежної частки ЩЗ	1985-2002	486	24,3
	2003-2011	187	15

З'ясували, що супутню серцево-судинну патологію у прооперованих пацієнтів з приводу багатовузлового еутиреоїдного зобу за період 2003-2011 рр. мали – 697 пацієнтів з 1253, це склало - 55,6%. З 697 виявлених випадків супутньої серцево-судинної патології – 248 (35,6%) - склали пацієнти непрацездатного віку, з котрих 26 (10,4%) - потребували передопераційної підготовки в умовах кардіологічного стаціонару.

З 1253 випадків прооперованих пацієнтів з приводу багатовузлового еутиреоїдного зобу – за період 2003-2011 рр. - наявність в анамнезі патології щитоподібної залози у родичів виявлено у 446 (35,5%) випадках.

Також супутню серцево-судинну патологію у прооперованих пацієнтів з приводу рецидивного зобу за період 2003-2011 рр. мали – 59 пацієнтів зі 100, це склало - 59%.

З 59 виявлених випадків супутньої серцево-судинної патології - 36 (61%) -

склали пацієнти непрацездатного віку, з котрих 10 (27,7%) - потребували передопераційної підготовки в умовах кардіологічного стаціонару.

Зі 100 випадків прооперованих пацієнтів з приводу рецидивного багатовузлового еутиреоїдного зобу – за період 2003-2011 рр. наявність в анамнезі патології щитоподібної залози у родичів виявлено у 38 (38%) випадків (табл. 8).

Дана оцінка повторних оперативних втручань з приводу раку щитоподібної залози (первинне оперативне втручання проводилося з приводу багатовузлового зобу) за причиною, обсягом та терміном проведення первинного хірургічного втручання та морфологічною будовою отриманих результатів. Виконані оперативні втручання склали 8 (2%), від загального числа хірургічних втручань з приводу раку щитоподібної залози (410) за період 2003-2011 рр.

2 (0,5%) випадки метастазів папілярного раку виявлено при видаленні метастатично змінених груп лімфовузлів.

Кількість виконаних повторних оперативних втручань 4 (1,0%) в обсязі субтотальної резекції щитоподібної залози в більш пізні терміни проведення (понад 3 років), перевищує показник повторних оперативних втручань 2 (0,5%) в обсязі гемітиреоїдектомії з резекцією протилежної частки щитоподібної залози у ранні терміни (до 3 років), у 2 рази.

Первинне хірургічне втручання проведене в обсязі гемітиреоїдектомії з резекцією протилежної частки під час повторного оперативного втручання в більш ранні терміни виконання (до 3 років), особливих технічних труднощів не викликає, а післяопераційна транзиторна гіпокальціємія зафіксована у 1 пацієнта.

Операції виконанні після субтотальних резекцій, у більш пізні терміни понад 3 років, мали технічні труднощі під час проведення оперативного втручання.

Однобічний післяопераційний парез гортані зафіксовано у 1 пацієнта, а післяопераційна транзиторна гіпокальціємія зафіксована у 2 пацієнтів.

З'ясували, що більша частина пацієнтів прооперованих з приводу багатовузлового зобу за період з 2003 по 2011 р., що складає 1016 (81,1%), проходить огляд та контролюють свій гормональний стан не менш трьох разів на рік. Звертаються у поліклініку 2 рази на рік 168 (13,4%) прооперованих хворих, та 61, а це склало 4,9% проходять огляд 1 раз на рік.

З числа некомпенсованих за рівнем ТТГ 31 (2,5%) – 25 склали пацієнти, що контролювали гормональний стан 1 раз на рік; 4 – контролювали гормональний стан 2 рази на рік та 2 проходили обстеження через 1-3-6 місяців після проведення оперативного втручання з приводу багатовузлового зобу.

Гіпотиреоз був виявлений у 11(0,8%) прооперованих хворих з 1253 (43,8%) з приводу багатовузлового зобу, котрим виконувалось оперативне втручання в тиреоїдектомії, що справило негативний вплив на серцево-судинну систему, 5 пацієнтів – непрацездатного віку (60 років та більш).

Еутиреоїдний стан отримано у 97,5 % прооперованих хворих з приводу багатовузлового зобу.

Проведені дослідження дозволили розробити алгоритм діагностики, лікування та динамічного спостереження пацієнтів на багатовузловий зоб. Вагомим складовим алгоритму є диференційований підхід до хірургічного лікування багатовузлового еутиреоїдного зобу.

Таблиця 8

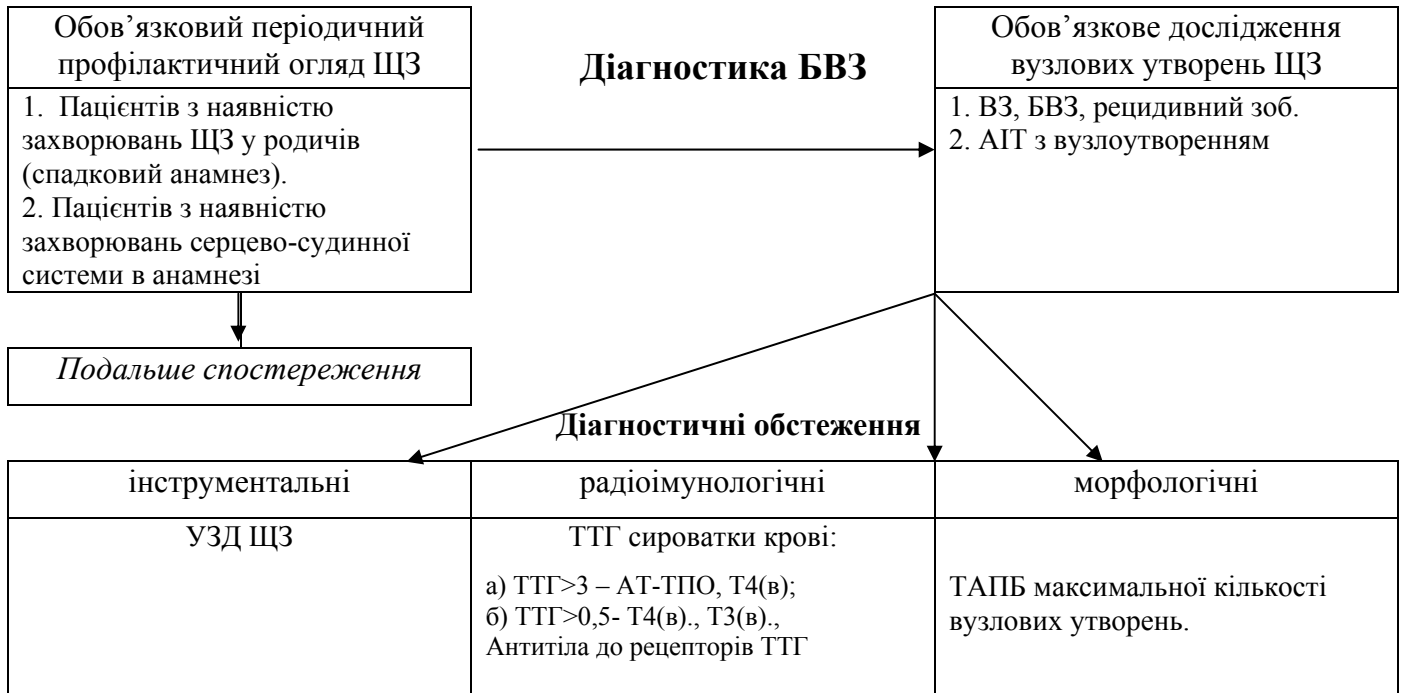
Аналіз результатів дослідження виявлення супутньої серцево-судинної патології у прооперованих пацієнтів з приводу багатовузлового еутиреїдного та рецидивного зобу за період 2003-2011 рр.

Період	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	абс	(%)	абс	(%)	абс	(%)	абс	(%)	абс	(%)	абс	(%)	абс	(%)	абс	(%)	абс	(%)
Багато вузловий еутиреїдний зоб	264	54,2	193	41,8	183	45,8	55	31,8	79	48,8	126	41	109	42	119	41,5	125	39
Наявність серцево-судинної патології	131	49,6	112	58	107	58,4	15	27,2	20	25,3	91	72,2	45	41,2	80	67,2	96	76,8
Період	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
Рецидивний зоб	23	4,8	6	1,3	20	5	6	3,4	2	1,2	12	3,8	11	4,2	50	1,7	15	4,6
Наявність серцево-судинної патології	11	-	4	-	14	-	3	-	-	-	7	-	7	-	2	-	11	-

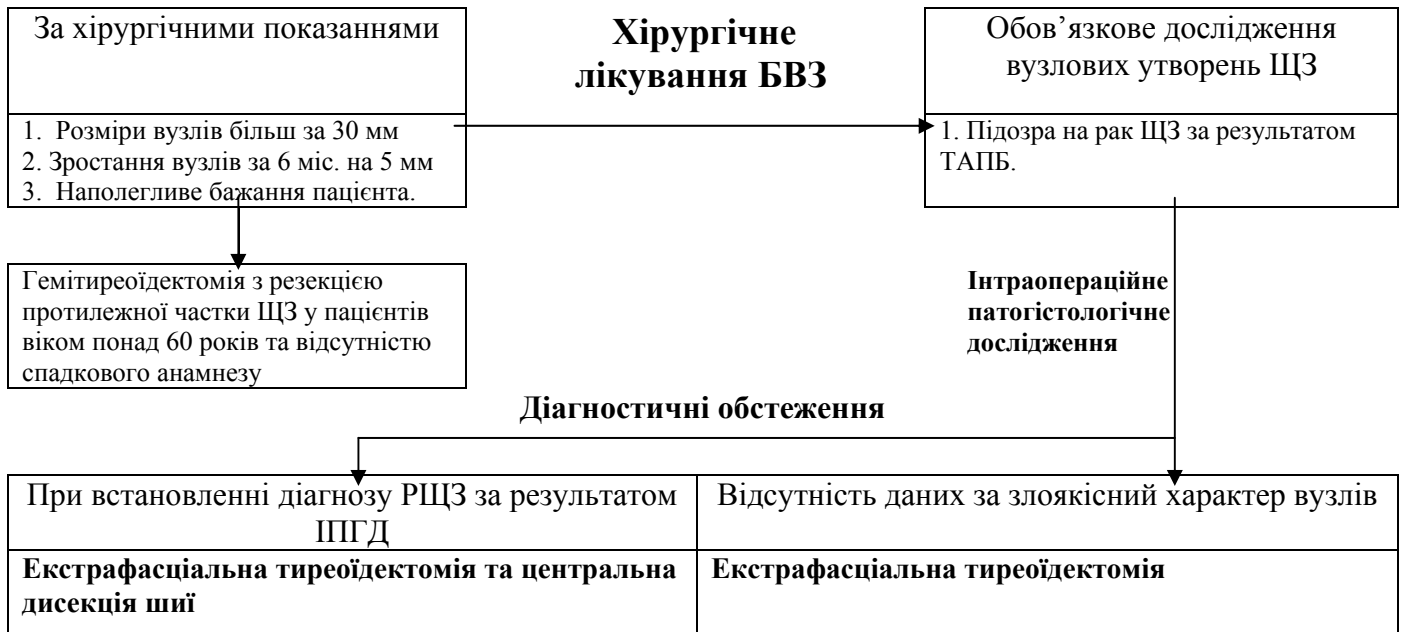


## Алгоритм діагностики, лікування та динамічного спостереження пацієнтів на БВЗ

### етап 1



### етап 2



### етап 3

#### Динамічне спостереження

<p>Лабораторна діагностика</p> <p>ТТГ сироватки крові не менш 3 рази на рік та корекція дози замінної терапії препаратами тироксину</p>	<p>Інструментальна діагностика</p> <p>УЗД органів шиї та ложа ЩЗ не менш 1 раз на рік</p>	<p>Нагляд суміжних спеціалістів</p> <p>-ендокринолог; -кардіолог (обов'язково пацієнтам із супутньою серцево-судинною патологією та пацієнтам віком більш 60 років).</p>
---	---	--

## ВИСНОВКИ

В дисертаційній роботі наведені нові підходи для вирішення актуального наукового завдання, щодо покращення безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування багатовузлових форм зобу, шляхом розробки та впровадження в практику оптимізованих хірургічних підходів.

1. Використання методів інструментальної, радіоімунологічної, цитологічної, гістологічної діагностики та хірургічного лікування мультинодулярного зобу дало можливість розробити концепцію єдиної тактики оптимізованих хірургічних підходів щодо оперативного лікування цієї патології, а саме: збільшення частоти виконання тиреоїдектомій за екстрафасціальною методикою до 94,4%. Частота виникнення специфічних післяопераційних ускладнень становила 4%.

2. Доведена недоцільність виконання органозберігаючих операцій з приводу багатовузлових форм зобу, оскільки існує суттєвий ризик виникнення рецидиву захворювання. З усіх клініко-морфологічних форм 1253 випадків багатовузлового зобу найчастіше виникають рецидиви аденоматозного проліферуючого зобу (56,0%). Доброякісні пухлини (фолікулярні аденоми) виявлені у 28,0% випадків, 16,0% склали тиреоїди з вузлоутворенням.

3. Доведено, що багатовузловий зоб часто визначається як генетично зумовлене захворювання - з 1253 прооперованих пацієнтів наявність в анамнезі патології щитоподібної залози у родичів виявлено у 446 ( 35,5% ) випадків.

Зі 100 випадків прооперованих пацієнтів з приводу рецидивного зобу наявність в анамнезі патології щитоподібної залози у родичів виявлено у 38 ( 38% ) пацієнтів.

4. Диференційований рак щитоподібної залози було виявлено інтраопераційно за допомогою експрес-гістологічного дослідження у 28 пацієнтів ( 2,5% ).

5. Гормональний стан пацієнтів у віддалений післяопераційний період залежить від якості спостереження за хворими. Із загальної кількості некомпенсованих за показником ТТГ 31 ( 2,5% ) – 25 склали пацієнти, що контролювали гормональний стан 1 раз на рік; 4 – контролювали гормональний стан 2 рази на рік та 2 проходили обстеження через 1-3-6 місяців після проведення оперативного втручання з приводу багатовузлового зобу.

6. Визначені особливості хірургічного лікування багатовузлових форм зобу та віддалених результатів дозволили обґрунтувати та ефективно впровадити у практику наступні підходи:

- збільшення частки виконання тиреоїдектомій для уникнення ризику рецидиву зобу;

- впровадження екстрафасціальної методики тиреоїдектомії при багатовузловому еутиреоїдному зобі дозволило звести до мінімуму частоту виникнення специфічних післяопераційних ускладнень;

- визначення онкологічної небезпеки захворювання шляхом проведення доопераційної та інтраопераційної диференційної діагностики вузлових утворень.

7. Розроблено та впроваджено у практику алгоритм діагностики, лікування та динамічного спостереження за пацієнтами з багатовузловими формами зобу. Вагомим складовим алгоритму є диференційований підхід щодо хірургічного лікування багатовузлового еутиреоїдного зобу.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Погорелов О.В. Комплексне лікування патології щитоподібної залози та профілактика специфічних ускладнень при хірургічних втручаннях / О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. 2007. – Вип. 16. – Кн. 4. – С. 86-92 (*Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу, його аналіз*).
2. Погорелов О.В. Профілактика специфічних ускладнень за хірургічних втручань на щитоподібній залозі / О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2008. - № 1 (22). – С. 21 – 24. (*Дисертант брав участь у підборі матеріалу, його аналізу та проведенні статистичних розрахунків*).
3. Мамчич В.І. Досвід хірургічного лікування шийно-загруднинного зобу / В.І.Мамчич, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік, М.О.Йосипенко // Хірургія України. - 2008. - № 4 (28). - С. 57-60. (*Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, проведення літературного огляду проблеми, підбор матеріалу, його аналіз*).
4. Мамчич В.І. Особливості хірургічного лікування пацієнтів з автономним тиреотоксикозом та хворобою Базедова-Грейвса у похилому та старечому віці / В.І.Мамчич, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік О.Ю., М.О.Йосипенко // Хірургія України. - 2009. - № 1 (29). - С. 72 - 75. (*Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу, його аналіз, проведення літературного огляду проблеми*).
5. Мамчич В.І. Метастази у лімфатичних вузлах шиї у пацієнтів із папілярною мікрокарциномою щитоподібної залози / В.І.Мамчич, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Харківська хірургічна школа. - 2009. - № 3,1 (35). - С. 288 - 289. (*Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, проведення літературного огляду проблеми, висновки*).
6. Погорелов О.В. Паратиреоїдна недостатність та ушкодження гортанних нервів. Профілактика ускладнень при операціях на щитоподібній залозі / О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. 2009. – Вип. 18. – Кн. 1. – С. 95-99 (*Дисертанту належить підбор матеріалу, його аналіз, проведення літературного огляду проблеми, висновки*).
7. Мамчич В.І. Профілактика неспецифічних ускладнень операцій на щитоподібній залозі / В.І.Мамчич В.І, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Клінічна хірургія. - 2009. - № 11-12. - С. 72 - 75. (*Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу, його аналіз*).
8. Мамчич В.І. Папілярний рак щитоподібної залози з кістозними змінами / В.І.Мамчич, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2010. - № 14 (2). - С. 353 - 355. (*Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, проведення літературного огляду проблеми, висновки*).
9. Погорелов О.В. Папілярний рак щитоподібної залози: клініко-морфологічні зміни / О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. 2010. – Випуск 19. – Книга 1. – С.

375-379 (Дисертанту належить підбор матеріалу, його аналіз, проведення літературного огляду проблеми).

10. Мамчич В.І. Оцінка ефективності хірургічного лікування багатовузлового еутиреоїдного зоба / В.І.Мамчич, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Клінічна хірургія. - 2012. - № 4 (829). - С. 33. (Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу, його аналіз).
11. Погорелов О.В. Діагностика та вибір обсягу оперативного втручання при вузловій патології щитоподібної залози / О.В.Погорелов, А.Б.Кебкало, О.Ю.Воскобойнік, Б.Г.Бондарчук // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. - 2012. - № 2. - С. 54 - 57. (Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу, його аналіз, висновки).
12. Погорелов О.В. Вузол щитоподібної залози: морфологічна діагностика та хірургічне лікування / О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. 2012. – Випуск 21. – Книга 1. – С. 71-76. (Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, проведення літературного огляду проблеми, підбор матеріалу, його аналіз, статистичну обробку результатів та аналіз отриманих даних, висновки).
13. Мамчич В.І. Оптимізація хірургічного лікування багатовузлових форм зобу / В.І.Мамчич, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Сімейна медицина.- 2012.-№ 4.-с.122-123. (Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу, його аналіз, проведення літературного огляду проблеми).
14. Мамчич В.І. Сучасні аспекти хірургічного лікування вузлових форм зобу / В.І.Мамчич, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Клінічна хірургія. - 2012. - № 10 (835). - С. 49-52. (Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу, його аналіз, висновки).
15. Погорелов О.В. Профілактика специфічних ускладнень після хірургічних втручань на щитоподібній залозі / О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2009. - № 2 (27). – С. 46 – 47. (Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу, його аналіз).
16. Мамчич В.І. Аналіз хірургічного лікування рецидивного зобу / В.І.Мамчич, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // Клінічна хірургія. - 2012. - № 10 (836). - С. 33. (Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу, його аналіз).
17. Мамчич В.І. Хірургічне лікування багатовузлових форм зобу / В.І.Мамчич, О.В.Погорелов, О.Ю.Воскобойнік // IV Міжнародні Пироговські читання : мат. XXII з'їзду хірургів України. - 2010. – Т. 2. - С. 30-31. (Дисертанту належить ідея опублікованої наукової праці, підбор матеріалу).

## АНОТАЦІЯ

**Воскобойнік О.Ю.** Порівняльна характеристика хірургічного лікування багатовузлових форм зобу. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2013.

Дисертаційна робота присвячена важливому і актуальному питанню хірургічного лікування багатовузлових форм зобу.

Встановлено, що недостатньо вирішеними залишаються підходи до хірургічного лікування багатовузлових форм зобу, що обумовлює необхідність подальшого пошуку та розробки рекомендацій щодо раціонального обсягу оперативних втручань.

Впроваджено в практику оптимізовані хірургічні підходи, щодо лікування багатовузловиого зобу, шляхом проведення індивідуалізованих адекватних операцій, що дозволило знизити частоту розвитку віддалених післяопераційних ускладнень. Дана оцінка стану пацієнтів після проведення оперативних втручань з використанням інструментальних та радіоімунологічних досліджень та проведено аналіз радикальних підходів щодо лікування багатовузлових форм зобу.

Вивчена наукова література, яка відображує підходи до вирішення проблеми хірургічного лікування багатовузлових форм зобу.

Проведено порівняльний патоморфологічний аналіз прооперованих пацієнтів в хірургічній клініці з 1985 по 2011 роки.

Вивчені медико-демографічні характеристики та проведена порівняльна характеристика хірургічного лікування пацієнтів з багатовузловим зобом.

Вивчені частота рецидиву зобу та повторних оперативних втручань на щитоподібній залозі.

Проаналізовані доцільність радикальних підходів в лікуванні багатовузлових форм зобу та визнане місце тиреоїдектомії. Відмічено необхідність індивідуалізованих підходів і тактик хірургічного лікування даної патології щитоподібної залози.

**Ключові слова:** багатовузловий зоб, порівняльна характеристика, хірургічне лікування, віддаленні післяопераційні ускладнення.

## АННОТАЦІЯ

**Воскобойник О.Ю. Сравнительная характеристика хирургического лечения многоузловых форм зоба.** – На правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03.-хирургия. – Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова МЗ Украины, Винница, 2013.

Диссертационная работа посвящена вопросам улучшения отдаленных результатов хирургического лечения и обоснования тактики хирургических вмешательств при многоузловых формах зоба, путем изучения и внедрения в практику оптимизированных хирургических подходов, которые обеспечивают профилактику осложнений. Дана оценка состояния пациентов после проведения оперативных вмешательств с применением инструментальных и радиоиммунологических исследований. Изучены рецидивы зоба и повторные оперативные вмешательства на щитовидной железе.

Исследование основано на результатах хирургического лечения 3250 (58%) пациентов прооперированных по поводу узловой патологии щитовидной железы за период с 1985 по 2011 г. в хирургической клинике кафедры хирургии и проктологии Национальной медицинской академии последипломного образования МОЗ

Украины.

Ретроспективно проведена оценка медицинской документации 1997 (72,6%) пациентов за период 1985-2002 гг. Выявили тенденцию к увеличению очаговых или диффузных форм аутоиммунного тиреоидита с сопутствующей лимфоидной инфильтрацией. Частота выявления рака щитовидной железы на фоне многоузлового зоба не одинакова – от 4% в 1986 году до 18,3% в 1990 году. При локализации очага в одной доле выполняли гемитиреоидэктомию с иссечением перешейка щитовидной железы (43,4%), при смешанном характере – субтотальную резекцию щитовидной железы (46,3%) или тиреоидэктомию (10%). Проводя анализ хирургической тактики следует отметить, что в дальнейшем при наличии узловых образований в клинике не проводились экономные резекции.

В основную группу вошли 1253 (43,9%) пациента прооперированных по поводу многоузлового зоба за период 2003-2001 гг. Морфологическая диагностика проводилась в три этапа: дооперационное цитологическое исследование, интраоперационное патогистологическое исследование и послеоперационное гистологическое исследование удаленной щитовидной железы.

Изученные особенности хирургического лечения многоузловых форм зоба и отдаленных последствий позволили обосновать и эффективно внедрить в практику оптимизированные подходы, которые заключаются в минимальном риске возникновения рецидива зоба, путем выполнения тиреоидэктомий (увеличение процента с 54,5 до 94,4). Количество выполненных тиреоидэктомий составляет-81,2%, субтотальных резекций щитовидной железы-9,3%. Доказано, что из всех клинико-морфологических форм чаще всего рецидивирует аденоматозный зоб-56,0%, фолликулярные аденомы – 28,0%, 16,0% - тиреоидиты с узлообразованием. Внедрение экстрафасциальной методики тиреоидэктомии при многоузловом зобе, позволило снизить процент специфических послеоперационных осложнений до 4%. Проведение интраоперационной дифференциальной диагностики узловых образований дало возможность из 193 случаев фолликулярной аденомы – интраоперационно выявить рак щитовидной железы в 2,5% случаев. Объективно оценить эффективность коррекции заместительной терапии, что дало возможность в 97,5% случаев получить эутиреоидное состояние у прооперированных пациентов. Оценить перспективы возникновения узловой патологии щитовидной железы и опасности сердечно-сосудистых заболеваний. Генетическая предрасположенность выявлена у 35,5% пациентов с многоузловым зобом и 38% с рецидивным зобом.

Выявленные особенности хирургического лечения многоузловых форм зоба позволили обосновать, разработать и эффективно использовать алгоритм диагностики, дифференциального подхода к хирургическому лечению, динамического наблюдения пациентов с многоузловым зобом.

**Ключевые слова:** многоузловой зоб, сравнительная характеристика, хирургическое лечение, отдаленные послеоперационные осложнения.

**ANNOTATION**

**Voscoboynik O.U. Comparative characteristics of curative surgery of multinodular goiter.**- As a manuscripts.

The dissertation on completion of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14.01.03 - surgery. - Vinnytsia National M.I. Pyrogov Memorial Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsia, 2013.

The work deals with the problem of choice of surgical treatment of the multinodular goiter.

It is proved the approaches to surgical treatment of multinodular goiter state study not very well. It explains a necessary development for recommendations for the volume of surgical interventions.

The optimized surgical methods are introduced for surgical treatment by means of appliance individual optimized operations.

The developed and introduced ways of treatment have helped to raise the quantity of positive results, to avoid negative consequences, repeated surgical interventions and as much as possible to lower physical disability. It has been done a comparative characteristic of state of patients in long-term post-operative period and has been grounded on the results of radioimmunological and instrumental estimation of operated patients.

The literature about modern state of problems of surgical multinodular goiter has been studied.

The comparative and retrospective analysis of patients from 1985 to 2011 has been done.

Recurrence and repeated surgical interventions had been studied.

A tendency to an increase in operation volume within thyroidectomy in multinodular goiter was achieved. Methods and ways of increase of radicalism and safety were analysed. The results of scientific work were used for surgical treatment the patients with multinodular goiter and helped to achieve long – term clinical effect that lead euthyroid conditions. The operative treatment by extrafacial method has been transacted via the usage of proper optimized methods of operative intervention for complications prevention.

**Key words:** multinodular goiter, comparative characteristics, surgical treatment, long – term post-operative complications.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

АІТ	- автоімунний тиреоїдит
АТ-ТПО	- антитіла до тиреопероксидази
БВЗ	- багатовузловий зоб
ВЗ	- вузловий зоб
КОЕЦ	- Київський обласний ендокринологічний центр
СПУ	- специфічні післяопераційні ускладнення
ТАПБ	- тонкогolkова аспіраційна пункційна біопсія
T4 (в)	- тироксин вільний
T3 (в)	- трийодтиронін вільний
ТТГ	- тиреотропний гормон
УЗД	- ультразвукове дослідження
ЩЗ	- щитоподібна залоза







---

Підписано до друку 15.01.2013 р. Замовл. № 006.  
Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,9 Друк офсетний.  
Наклад 100 примірників.

---

Вінниця. Друкарня ВНМУ імені М.І. Пирогова, Пирогова, 56.

