**Гуда Богдан Богданович. Дифузний токсичний зоб у дітей та підлітків: особливості клінічного перебігу, хірургічне лікування та морфологічна характеристика : Дис... канд. наук: 14.01.14 – 2008**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Гуда Б.Б.**Дифузний токсичний зоб у дітей та підлітків: особливості клінічного перебігу, хірургічне лікування та морфологічна характеристика.- Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.14 – ендокринологія. – Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка АМН України, Київ, 2007.  Основою дисертаційної роботи є матеріали комплексного обстеження та результатів хірургічного лікування 149 дітей та підлітків хворих на ДТЗ.  Клінічні особливості ДТЗ у дітей та підлітків полягають в менш важких ураженнях серцево-судинної системи, органів зору, більш рідкому сполученні тиреотоксичного зоба з вузловими процесами, частішому виникненні симптомів непереносимості тиреостатиків, наявності збільшення ЩЗ у всіх хворих у порівнянні з дорослими. Оптимальною операцією при ДТЗ у дітей та підлітків є субтотальна субфасціальна резекція ЩЗ за О.В.Ніколаєвим. Маса тиреоїдного залишку не повинна перевищувати 2 – 3 г. Гіпотиреоз, що виникає після операції з приводу ДТЗ, слід розцінювати не як ускладнення, а як наслідок радикальності та ефективності операції. Частота та ступінь його залежать від віку, статі, тривалості консервативного лікування, маси залишків тиреоїдної паренхіми, наявності морфологічних ознак дифузного хронічного тиреоїдиту і супутніх фіброзних змін з боку строми залози. Віддалені наслідки хірургічного лікування ДТЗ: 25,7 % пацієнтів були в еутиреоїдному стані, у 72,1 % - розвинувся гіпотиреоз і у 2,1% - рецидив тиреотоксикозу. Хірургічне лікування позитивно впливає на перебіг тиреотоксичної офтальмопатії. В 69,8 % спостерігалося її зникнення і у 30,1 % – покращення стану зору. Серед гістологічних типів морфологічної будови тиреотоксичного зоба у дітей та підлітків переважають: мікрофолікулярний (24,2 %), нормофолікулярний (19,5 %) та змішаний мікрофолікулярно-солідний (16,8 %). У значної частини хворих виявлена папілярна гіперплазія тиреоїдного епітелію (54,4 %), та ознаки локального і дифузного тиреоїдиту (34,8 %).  До головних морфологічних ознак, що поєднувалися з важким перебігом тиреотоксикозу, слід відносити мікрофолікулярну будову зоба, що мала місце у 65,8 % випадків, та наявність ознак папілярної гіперплазії тиреоїдного епітелію, яка спостерігалася у 42,1 %. Злоякісні новоутворення на тлі ДТЗ у дітей та підлітків зустрічаються рідше, ніж у дорослих: 1,3 % і 3,3 % випадків відповідно. | |
| |  | | --- | | 1. На підставі вивчення особливостей клінічного перебігу, морфологічної будови ДТЗ у дітей та підлітків, а також безпосередніх та віддалених результатів його хірургічного лікування розроблені оптимальні тактико-технічні принципи оперативного лікування і реабілітації хворих. 2. Термін попереднього консервативного лікування дифузного тиреотоксичного зоба в осіб дитячого і підліткового віку не повинен тривати більше 1 року. Ефективність оперативного лікування становить 97,9 %. 3. У дітей, як і у дорослих, спостерігається певна кореляція між ступенем важкості тиреотоксикозу та розмірами щитоподібної залози: важкий тиреотоксикоз спостерігається у 13,1 % дітей та підлітків із збільшенням залози до ступеня I б; у 36,8 % - до II і у 50 % пацієнтів до III ступення. 4. Перебіг дифузного тиреотоксичного зоба у дітей та підлітків має певні відмінності в порівнянні з дорослими. Вони полягають в менш важких ураженнях серцево-судинної системи, органів зору, більш рідкому сполученні тиреотоксичного зоба з вузловими процесами, частішому виникненні симптомів непереносимості тиреостатиків, наявності збільшення ЩЗ у всіх хворих. 5. Оптимальною операцією при ДТЗ у дітей та підлітків є субтотальна субфасціальна резекція щитоподібної залози за методикою О.В. Ніколаєва. Маса тиреоїдного залишку визначається індивідуально і не повинна перевищувати 2–3 г. Розроблені нові удосконалені методики субтотальної субфасціальної резекції щитоподібної залози дозволяють обєктивізувати процес формування залишків тиреоїдної паренхіми (кукс часток), підвищити безпечність операції та уникнути низки ускладнень. 6. Гіпотиреоз, що виникає після операції з приводу ДТЗ, слід розцінювати не як ускладнення, а як наслідок радикальності та ефективності операції. Частота та ступінь його залежать від віку, статі, тривалості консервативного лікування, маси залишків тиреоїдної паренхіми, наявності морфологічних ознак дифузного хронічного тиреоїдиту і супутніх фіброзних змін з боку строми залози. Хірургічне лікування позитивно впливає на перебіг тиреотоксичної офтальмопатії. В 69,8 % спостерігалося її зникнення і у 30,1 % – покращення стану органів зору. 7. Серед гістологічних типів морфологічної будови тиреотоксичного зоба у дітей та підлітків значно переважають: мікрофолікулярний (24,2 %), нормофолікулярний (19,5 %) та змішаний мікрофолікулярно-солідний (16,8 %). У значної частини хворих виявлена папілярна гіперплазія тиреоїдного епітелію (54,4 %), та ознаки локального і дифузного тиреоїдиту (34,8 %). 8. До головних морфологічних ознак, що поєднувалися з важким перебігом тиреотоксикозу, слід відносити мікрофолікулярну будову зоба, що мала місце у 65,7 % випадків, та наявність ознак папілярної гіперплазії тиреоїдного епітелію, яка спосетрігалася у 42,1 %. 9. Злоякісні новоутворення на тлі ДТЗ у дітей та підлітків зустрічаються рідше, ніж у дорослих: 1,3 % і 3,3% випадків відповідно. В порівнянні із дорослими, у яких мали місце папілярні, фолікулярні та медулярна карциноми у досліджуваній групі виявлено лише 2 випадки папілярної карциноми з ознаками сприятливого перебігу (малий розмір, наявність капсули, відсутність ознак інвазивного росту за межі капсули пухлини). | |