

В.В. Грубнік, В.М. Косован, Р.С. Парфентьев

ВУЗЛОВИЙ ЗОБ ТА ЕНДОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ: ПОЄДНАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Одеський державний медичний університет,
Одеська обласна клінічна лікарня, Одеса

ВСТУП

Впровадження в практику ендоскопічних втручань на щитоподібній залозі (ЩЗ) є вже фактом. Зараз необхідно чітко визначити місце цих операцій у хірургічному лікуванні патології ЩЗ. Безумовно, великий вузловий зоб, із розміром вузла понад 5-6 см, неможливо видалити малоінвазивно. Але у випадках, коли розмір вузла не перевищує 3 см, ігнорування можливості виконати малоінвазивне втручання, яке б дозволило значно скоротити термін лікування та поліпшити косметичні наслідки операції, є недоцільним [1-5]. А оскільки методики ендоскопічних втручань на ЩЗ продовжують удосконалюватися, діапазон їх уживаності у майбутньому, ймовірно, розширюватиметься.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

З 2003 по 2007 рік у клініці виконано 109 відеоендоскопічних втручань на ЩЗ у пацієнтів із вузловими формами зоба. Чоловіків — 20, жінок — 89, вік — від 24 до 69 років ($38,3 \pm 7,8$ року). Всім хворим виконували обстеження: УЗД ЩЗ, сцинтиграфію за необхідності, визначення рівня гормонів ЩЗ, тонкоголково пункційну аспіраційну біопсію під контролем УЗД. У 10 пацієнтів була симптоматика у вигляді захриплості голосу, дертя в горлі, відчуття стискання. У 8 пацієнтів була клінічна картина гіпертиреозу, підтвердженого лабораторно, сцинтиграфією у цих хворих визначалися вузли з підвищеною функціональною активністю.

Нами використовувалися дві методики оперативних втручань. У I групі (84 хворих) застосовували методику відеоасистенції, яка полягала в тому, що над яремною вирізкою груднини робили мінірозтин (до 2-2,5 см), розтинали *m. plathysma*, розділяли передні м'язи шиї, після чого у рану вводили ендоскоп фірми Storz діаметром 4 мм зі скошеною під кутом 300 оптикою та інструменти (дисектор, москити, коагуляційний пінцет). За наявності *v. ima* її виділяли, кліпірували або коагулювали та перетинали. Виділяли пірамідальну частку, проводили дисекцію ураженої частки, починаючи з верхнього полюса. Кліпірували верхні щитоподібні

артерії та вени, здійснювали електрокоагуляцію дрібних судин. Потім проводили дисекцію та кліпірування нижньої щитоподібної артерії. Дисекцію її проводили якомога ближче до тканини ЩЗ. Виділяли поворотний нерв. Відеоасистенція дозволяла краще диференціювати нерв від артерії. Візуалізували та відділяли прищитоподібні залози від капсули ЩЗ із метою їх збереження. Потім відокремлювали залозу від трахеї, виділену частку видаляли через розтин.

У II групі (25 пацієнтів) виконували відеоендоскопічне видалення частки ЩЗ через три троакари. Перший троакар діаметром 5 мм вводили на 2 см вище яремної вирізки, по середній лінії. Розтинали шкіру, *m. plathysma*, вводили троакар діаметром 5 мм, через який у простір між *m. plathysma* та передніми м'язами шиї нагнітали газ під тиском 6 мм рт. ст. з метою створення робочої порожнини. Потім через троакар вводили ендоскоп фірми Storz діаметром 4 мм зі скошеною під кутом 300 оптикою та ще два троакари діаметром 3 мм біля внутрішнього краю груднино-ключице-сосцеподібного м'яза, на межі нижньої та середньої його третини. Через них вводили ендоскопічний інструментарій, після чого проводили дисекцію передніх м'язів шиї з виділенням ЩЗ. Виділяли *v. ima*, кліпірували, перетинали її. Виділяли пірамідальну частку, проводили дисекцію частки, що містить вузол, починаючи з верхнього полюсу. Кліпірували верхню щитоподібну артерію, нижню щитоподібну артерію. Дисекцію також проводили якомога ближче до тканини ЩЗ. Під контролем ендоскопа препарували поворотний нерв. Прищитоподібні залози відділяли від капсули ЩЗ. Залозу відокремлювали від трахеї, частку видаляли через розтин над яремною вирізкою.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість операції з відеоендоскопічною асистенцією 69 ± 12 хв., ендоскопічної операції — 126 ± 18 хв. У деяких випадках, коли розмір частки перевищував довжину розтину, її вдавалося видалити лише після фрагментації. Іноді доводилося все ж таки розширювати розтин до 3-3,5 см. У 10 пацієнтів

під час інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження було виявлено папілярну карциному, у зв'язку з чим у 4 пацієнтів було проведено конверсію — перехід до відкритої операції для виконання тотальної екстрафасціальної тиреоїдектомії. У решти 6 осіб виконано відеоендоскопічне видалення другої частки без розширення доступу. Нагноєння не було у жодному випадку. Пошкодження поворотного нерва відбулось у 3 випадках (2,8%), в одному — без відновлення функції (пацієнт з I групи), у двох випадках голос відновився через 3-4 тижні (по одному пацієнту з I і II групи). Дане ускладнення, на нашу думку, було спричинене застосуванням монополярної електрокоагуляції. Після того, як ми почали використовувати біполярну коагуляцію, подібних ускладнень не спостерігалось.

Середній ліжко-день склав $2 \pm 0,3$. Після тиреоїдектомії з приводу раку (5 пацієнтів) перебування у стаціонарі склало 5 днів.

Щодо методики ендоскопічного втручання слід зазначити, що виконання операції через три троакари порівняно з методикою відеоасистенції значно складніше, вимагає певних навичок ендоскопічної хірургії, збільшує час виконання операції та матеріальні витрати. До того ж, нагнітання вуглекислого газу у міжфасціальні простори шиї призводить до більш-менш вираженої емфіземи клітковини. Під час втручання через 3 троакари видалення вузла розміром понад 2,5 см викликає значні труднощі, а за відеоасистенції у деяких випадках вдавалося видалити вузли до 4,5-5 см. Тому на нашу думку, найбільш перспективними у хірургії ЩЗ є ендоскопічні втручання з відеоасистенцією. Втручання за допомогою трьох троакарів і з нагнітанням газу мають значно менші перспективи. Більшість авторів, які вивчають цю проблему, також схиляються до цієї думки [1-5]. Слід зазначити, що деякі з них почали виконувати ендоскопічні операції за раку ЩЗ зі здійсненням шийної лімфодисекції [5]. Кількість ускладнень, що ми їх спостерігали, суттєво не відрізняється від даних інших авторів, які виконують відеоендоскопічні втручання на ЩЗ [2-4].

Необхідно розвивати ендоскопічні втручання на ЩЗ. Слід також зазначити, що в нашому дослідженні ендоскопічні втручання було використано лише у випадках сумнівних і неінформативних висновків ТАПБ, тому вони відігравали не лише лікувальну, але й діагностичну роль, що дозволило за виявлення раку перейти одразу до відкритого оперативного втручання. Але у найближчій перспективі слід очікувати розширення показань до ендоскопічного втручання у хворих із раком ЩЗ.

ВИСНОВКИ

1. Відеоендоскопічні операції на ЩЗ є малоінвазивними втручаннями, дають хороший косметичний ефект, дозволяють ретельно виділити поворотний нерв і прищитоподібні залози.

2. У випадках раку ЩЗ, коли на передопераційному етапі результати ТАПБ були сумнівними, відеоендоскопічна операція буде діагностичним етапом перед тиреоїдектомією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грубнік В.В., Баязитов М.Р., Косован В.М., Парфентьев Р.С. Ендоскопічні втручання на щитоподібній залозі у лікуванні вузлового зоба // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2003. — № 4. — С.22-25.
2. Usui Y., Ueno T., Sawada Y., Kibayashi T., Takasugi M., Yoshikawa T., Nomura S. Gasless endoscopic thyroid surgery: technique and clinical evaluation of 120 cases // 13th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery. — Venice Lido (Italy). — 2005. — P. 81.
3. Barczynski M., Konturek A., Cichon S., Cichon W. One year of minimally invasive video-assisted thyroidectomy in goiter region // 13th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery. — Venice Lido (Italy). — 2005. — P. 83.
4. Lombardi C.P., Raffaelli M., Princi P., Alesina P.F., Bellantone R. Video-assisted thyroidectomy: Lesson learned after more than 300 procedures // 13th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery. — Venice Lido (Italy). — 2005. — P. 85.
5. Bellantone R., Lombardi C.P., Raffaelli M., Princi P., Boscherini M. Preliminary experience with video-assisted lateral neck lymph node dissection for papillary thyroid carcinoma // 13th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery. — Venice Lido (Italy). — 2005. — P. 85.

РЕЗЮМЕ

Узловой зоб и эндоскопические вмешательства: объединение диагностики и лечения

В.В. Грубник, В.Н. Косован, Р.С. Парфентьев

В статье приведены данные обследования и лечения 109 пациентов, которым было выполнено видеоэндоскопическое вмешательство на щитовидной железе. У 84 больных применена методика видеоассистенции, у 25 — видеоэндоскопическая операция через три троакара. У 10 пациентов по данным гистологического исследования замороженных препаратов диагностирован рак ЩЖ, после чего у 4 была выполнена конверсия и тиреоидэктомия, а у 6 вторая доля была удалена видеоэндоскопическим способом. Видеоэндоскопическое вмешательство является малотравматичным, позволяет сократить сроки пребывания в стационаре, время реабилитации, а в случаях интраоперационной диагностики рака становится диагностическим этапом, предшествующим радикальной операции.

Ключевые слова: щитовидная железа, видеоэндоскопические операции.

SUMMARY

Goiter and endoscopic surgery: integration of diagnostics and treatment

V. Grubnik, V. Kosovan, R. Parfentyev

The article consists of data of investigation and treatment of 109 patients with thyroid nodules. All patients were

operated by vide-endoscopic method. In 10 cases thyroid cancer was detected intraoperatively on basis of frozen section. Thyroidectomy was performed vide-endoscopically in 6 patients and with using open technique in 4 patients. At the same time video-endoscopic procedures are minimal traumatic, allow to decrease hospital stay, time of rehabilitation, and in cases of intraoperative detection of cancer it plays the role of differential diagnosis before performing thyroidectomy.

Key words: thyroid gland, videoendoscopic surgery.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.