

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

МОЖЛИВОСТІ МІНІ-ІНВАЗІЙНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ

*Одеський державний медичний університет
Одеська обласна клінічна лікарня, Одеса*

ВСТУП

Останнім часом впровадження у практику ендоскопічних втручань на щитоподібній залозі (ЩЗ) відбувається дедалі активніше. Зараз необхідно чітко визначити місце цих операцій у хірургічному лікуванні патології ЩЗ.

Мета даної роботи – вивчити результати застосування ендоскопічних втручань на ЩЗ.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

З 2003 по 2010 рр. у клініці виконано 119 відеоендоскопічних втручань на ЩЗ у пацієнтів із вузловими формами зоба (чоловіків – 21, жінок – 98). Вік пацієнтів – від 24 до 69 років (у середньому $38,3 \pm 7,8$ року). Усім хворим виконували стандартне обстеження: УЗД, сцинтиграфію (за необхідності), визначення рівнів гормонів ЩЗ, тонкоголково пункційну аспіраційну біопсію вузлів ЩЗ під контролем УЗД. У 10 пацієнтів була симптоматика у вигляді захриплості голосу, дертя в горлі, відчуття стискання. У 8 хворих спостерігалася клінічна картина гіпертиреозу, підтвердженого лабораторно, за результатами сцинтиграфії у цих осіб визначено вузли з підвищеною функціональною активністю.

Ми використовували дві методики хірургічних втручань. У I групі пацієнтів (94 хворих) застосовували методику відеоасистенції, яка полягала в тому, що над яремною вирізкою груднини виконували міні-розтин (до 2-2,5 см), розтинали *m. plathysma*, розводили передні м'язи шиї, після чого у рану вводили ендоскоп діаметром 4 мм та інструменти (дисектор, москити, коагуляційний пінцет). Виділяли пірамідальну частку ЩЗ, проводили дисекцію ураженої частки, починаючи з верхнього полюса. Виконували кліпсування верхньої щитоподібної артерії та вени. Потім проводили дисекцію та кліпсування нижньої щитоподібної артерії 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 за яремну вирізку, 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 м рт. ст. із метою створення робочої порожнини. Через троакар вводили ендоскоп діаметром 4 мм, поруч – ще два троакари діаметром 3 мм біля внутрішнього краю ключице-груднино-сосцеподібного м'яза, на межі нижньої та середньої його третин, через які вводили ендоскопічний інструментарій. Починали з дисекції передніх м'язів шиї. Порядок дисекції тканини ЩЗ був таким, як у I групі.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість операції з відеоендоскопічною асистенцією складала 69 ± 12 хв., ендоскопічної операції – 126 ± 18 хв. У деяких випадках, коли розмір частки перевищував довжину розтину, вдавалося виконати видалення частки лише після її фрагментації. Іноді доводилося все ж таки розширювати розтин до 3-3,5 см. У 28 пацієнтів під час інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження було виявлено папілярну карциному, через що у 4 хворих виконано конверсію – перехід до відкритої операції та тотальну екстрафасціальну тиреоїдектомію. У решти 24 осіб виконано відеоендоскопічне видалення другої частки, без розширення доступу. Нагноєння не спостерігалися. Пошкодження поворотного нерва трапилось у 3 випадках (2,8%), в одному – без відновлення функції (пацієнт з I групи), у двох пацієнтів голос відновився через 2-3 місяці (по одному хворому з I і II групи). Це ускладнення, на нашу думку, було

спричинено застосуванням монополярної електрокоагуляції. Після того, як ми почали використовувати біполярну коагуляцію, подібних ускладнень не спостерігалось. Середній ліжко-день склав $2 \pm 0,3$ дня. Після тиреоїдектомії з приводу раку (28 пацієнтів) ліжко-день склав 5,5 дня. Впродовж спостереження пацієнтів від 1,5 до 6 років даних щодо рецидиву захворювання або інших ускладнень не виявлено.

За даними Р. Місicoli і співавт. [1], лише у 9,7% випадків можна було виконати відеоендоскопічне втручання. Основними показаннями до виконання відеоендоскопічної операції є:

- вузловий зоб із невеликими вузлами (діаметр щонайбільше 30-35 мм), у частці щитоподібної залози, об'єм якої не перебільшує 25 см^3 ;
- тиреотоксичний зоб у частці щитоподібної залози об'ємом не більше за 20 см^3 ;
- ранні стадії папілярного раку щитоподібної залози.

У хворих, яким призначають відеоендоскопічне втручання, не повинно бути попередніх операцій або поранень на шиї.

Найбільший досвід виконання відеоендоскопічних тиреоїдектомій має група хірургів під керівництвом професора Р. Місicoli [1, 2]. З 1998 по 2006 р. ними виконано 833 відеоендоскопічні тиреоїдектомії. Основними показаннями були: фолікулярна аденома – 227 пацієнтів (27,2%); ранні стадії папілярного раку – 247 (29,6%); багатовузловий зоб – 210 (25,2%); аденоми з клітин Гюртля – 63 (7,5%); тиреотоксичний зоб – 38 (4,5%); токсична аденома – 25 (3%); інші форми захворювань щитоподібної залози – 29 (3,2%). У 323 пацієнтів (38,7%) було виконано відеоасистоване видалення частки щитоподібної залози, у 510 (61,2%) – тотальну тиреоїдектомію. У 16 хворих (1,9%) було проведено конверсію та стандартну тиреоїдектомію. Лише у 3 випадках причинами конверсії стали технічні труднощі, що виникли під час дисекції щитоподібної залози. У решти хворих було виявлено фолікулярний або папілярний рак, що і стало причиною конверсії. З інтраопераційних ускладнень у 8 випадках (0,9%) відбулося пошкодження поворотного нерва. Після тотальної тиреоїдектомії у 3,9% випадків спостерігався транзиторний гіпопаратиреоз.

Необхідно зазначити, що за останні 5 років відеоендоскопічні операції набули досить великої популярності у низці клінік Європи та Північ-

ної Америки [1-5]. У більшості клінік відеоасистовані операції виконуються через один невеликий розтин довжиною 1,5-2 см. Використання троакара у ділянці шиї є складнішою методикою й істотно не поліпшує косметичний ефект. Крім того, за використання інсуфляції вуглекислого газу може спостерігатися виражена емфізема, що утруднює дихання у ранній поопераційний період.

Азійські автори [6, 7] використовують троакарну методику, причому розташовують троакари не у зоні шиї, а у ділянці передньої грудної стінки, під молочною залозою або у паховій ділянці. Всі ці методики є досить складними і, на думку Р. Bellantone [5], не мають істотних переваг перед методикою, запропонованою Р. Місicoli [1, 2].

Більшість хірургів наразі вважають, що папілярний рак не слід розглядати як протипоказання до виконання відеоендоскопічних тиреоїдектомій. Видимі збільшені лімфовузли можна успішно видаляти під контролем ендоскопа. Водночас інфільтративні форми раку ЩЗ, фолікулярний рак вважають протипоказанням для виконання міні-інвазійних втручань. За даними останніх досліджень, частота інтраопераційних ускладнень у ході міні-інвазійних втручань дещо нижча, ніж під час традиційних. Це можна пояснити доброю візуалізацією нервових утворень (верхній гортанний і поворотний гортанний нерви) за використання відеоендоскопічної техніки.

ВИСНОВОК

Отже, досвід використання відеоендоскопічних втручань на щитоподібній залозі свідчить, що за умов правильного добору пацієнтів і ретельності хірургічної техніки можна отримати дуже добрі результати не лише за вузлового зоба, але й за раку щитоподібної залози. Тому дані операції мають обов'язково входити до арсеналу фахівців, які займаються хірургією щитоподібної залози.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Miccoli P., Rago R., Massi M., Panicucci E., Mettelli M.R., Berti P., Minuto M.N.* Standard versus video-assisted thyroidectomy: objective postoperative pain evaluation // *Surg. Endosc.* – 2010. – Vol.24. – №10. – P. 2415-2417.
2. *Miccoli P., Berti P., Raffaelli M., Materazzi G., Conte M., Galleri D.* Impact of harmonic scalpel on operative time during video-assisted thyroidec-

- tomy // Surg. Endosc. – 2002. – Vol.16. – №4. – P. 663-666.
3. *Berti P., Materazzi G., Galleri D., Donatini G., Minuto M., Miccoli P.* Video-assisted thyroidectomy for Graves' disease // Surg. Endosc. – 2004. – Vol.18. – №8. – P. 1208-1210.
 4. *Gagner M., Inabnet W.B.* 3rd. TI Endoscopic thyroidectomy for solitary thyroid nodules // Thyroid. – 2001. – Vol.11. – №2. – P. 161-163.
 5. *Bellantone R., Lombardi C.P., Bossola M., Boscherini M., De Crea C., Alesina P.F., Traini E.* Video-assisted vs conventional thyroid lobectomy: a randomized trial // Arch. Surg. – 2002. – Vol.137. – P. 301-304.
 6. *Ikede Y., Takami H., Sasaki Y., Takajama J., Niimi M., Kan S.* Comparative study of thyroidectomies // Surg. Endosc. – 2002. – Vol.16. – №2. – P. 1741-1745.
 7. *Shimizu K., Kitagawa W., Akasu H., Hirai K., Tanaka S.* Indications for and limitations of endoscopic thyroid surgery // Nippon Geka Gakkai Zasshi. 2002. – Vol.103. – P. 708-712.

РЕЗЮМЕ

Возможности миниинвазивных вмешательств на щитовидной железе

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

С 2003 по 2010 г. в клинике выполнены 119 видеоэндоскопических вмешательств на щитовидной железе у пациентов с узловыми формами зоба. Всем больным выполнялось стандартное обследование, включающее пункционную биопсию щитовидной железы под контролем УЗИ. В I группе (94 больных) использована методика видеоассистенции. Во II группе (25 пациентов) выполнили видеоэндоскопическое удаление доли щитовидной железы через три троакара. У 28 пациентов во время интраопераци-

онного экспресс-гистологического исследования была выявлена папиллярная карцинома, в связи с чем у 4 пациентов была выполнена конверсия – переход к открытой операции и тотальная экстрафасциальная тиреоидэктомия. У остальных 24 больных выполнено видеоэндоскопическое удаление второй доли, без расширения доступа. Опыт использования эндоскопических операций показывает, что при правильном подборе пациентов и тщательности хирургической техники можно добиться очень хороших результатов не только при узловом зобе, но и при раке щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа, эндоскопические вмешательства, видеоэндоскопическая ассистенция.

SUMMARY

Possibility of videoendoscopic procedures in thyroid surgery

V. Grubnik, R. Parfentyev, V. Kosovan

From 2003 to 2010 119 videoendoscopic procedures were performed for thyroid nodules. Standard clinical work up including fine needle aspiration biopsy under US guidance was performed in every patient. I group included 94 patients who were operated with videoendoscopic assistance. II group included 25 patients whom totally videoendoscopic lobectomy were performed using 3 trocars. Intraoperative frozen section biopsy revealed papillary carcinoma in 28 patients, thus 4 patients of them were converted to open total capsular thyroidectomy. For the remaining 24 patients, the procedures were finished endoscopically. Our experience in endoscopic thyroid surgery suggests that careful patient selection and advanced surgical techniques provide good outcomes for thyroid nodules and cancer.

Key words: thyroid, endoscopic procedures, videoendoscopic assistance.

Дата надходження до редакції 03.10.2011 р.