
© Грубнік В.В., Парфентьев Р.С., Кресюн М.С.

УДК: 616.441-006-089-0.72.1

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

Одеський державний медичний університет, кафедра хірургії №1, Одеська обласна клінічна лікарня (вул. акад. Заболотного, 26/32, м. Одеса, Україна, 65025)

МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВОГО ЗОБУ

Резюме. Мета дослідження - покращити якість хірургічного лікування хворих з вузловим зобом. З 2005 по 2015 рр. в клініці виконано 109 відеоендоскопічних втручань на ШЗ у пацієнтів вузловими формами зобу: доброякісні вузли, фолікулярна неоплазія. Використані дві методики оперативних втручань. Тривалість операції у I групі була 79 ± 12 хв., у II групі - 52 ± 10 хв. При ендоскопічних втручаннях у II групі не трапилося жодного випадку гіпопаратиреозу, в той час як у I групі у 10 пацієнтів (9,2%) спостерігалася клініка транзитного гіпопаратиреозу. Пошкодження поворотного нерва спостерігалось в 3 випадках (2,8%) у пацієнтів I групи. В II групі випадків пошкодження поворотного нерва не відмічалось ($p < 0,05$). Середній ліжко-день склав $2,0 \pm 0,5$ днів.

Ключові слова: вузловий зоб, ендоскопічна тиреоїдна хірургія.

Вступ

Вузловий зоб є самою частою тиреоїдною патологією, яка охоплює до 5-7 % населення країни та зберігає тенденцію до зростання. Це відбувається не тільки завдяки збільшенню частоти даної патології серед населення, але і завдяки підвищенню рівня її виявлення. Однак невирішеними є багато питань щодо підходів до лікування даної патології [1], що призводить до крайно-

стей, починаючи від пропозиції оперувати усі вузли щитовидної залози, кінчаючи напрямком хворих на операцію тільки коли показання до неї вже очевидні. Крім того відомо, що, традиційно, гемітиреоїдектомія є мінімальним об'ємом оперативного втручання при вузловому зобі. Після гемітиреоїдектомії гіпотиреоз розвивається в 50-60% прооперованих пацієнтів, що в свою

чергу потребує постійного прийому замісної терапії та робить даних пацієнтів залежними від прийому препаратів [2, 6]. Впровадження тонкоголкової аспіраційної біопсії щитоподібної залози (ТАПБ) дозволило вирішити багато питань, однак дані про діагностичну точність методу за різними авторами дуже розбіжні, і у середньому знаходяться у межах 70-85%. Також невирішеним залишається питання так званої фолікулярної неоплазії, що дотепер призводить до виконання марних операцій [1].

Відеоендоскопічні втручання на щитоподібній залозі в певній мірі змінили підходи до хірургічного лікування тиреоїдної патології, однак досі чітко не визначено показання до подібних втручань. На даний момент лише визначені протипоказання: вузли більш 3-4 см, злоякісні утворення щитовидної залози, тиреоїдит, багатовузловий зоб, рецидивний зоб, що потребує ретельного відбору пацієнтів для даного оперативного втручання [3, 4, 5, 7]. Проте методики ендоскопічних втручань на щитоподібній залозі (ЩЗ) продовжують безупинно удосконалюватися, що в майбутньому може змінити дану ситуацію.

Мета дослідження - покращити якість хірургічного лікування хворих з вузловим зобом.

Матеріали та методи

З 2005 по 2015 рр. в клініці виконано 109 відеоендоскопічних втручань на ЩЗ у пацієнтів вузловими формами зобу. Чоловіків - 20, жінок - 89. Вік пацієнтів - від 24 до 69 років. Середній вік - $38,3 \pm 7,8$ років. Всім хворим було виконане стандартне обстеження: УЗД, сцинтиграфія (в разі необхідності), визначення рівня гормонів ЩЗ, тонкоголково пункційна аспіраційна біопсія вузлів ЩЗ під контролем УЗД. У 10 пацієнтів була симптоматика у вигляді захриплості голосу, першіння в горлі, відчуття здавлення. У 8 пацієнтів була клінічна картина гіпертиреозу, підтвердженого лабораторно, при сцинтиграфії у цих хворих визначалися вузли з підвищеною функціональною активністю. За даними ТАПБ вузли були доброякісними, або була виявлена фолікулярна неоплазія. Нами були використані дві методики оперативних втручань. У I групі пацієнтів (84 хворих) застосовувалася методика відеоасистенції, яка полягала в тому, що над яремною вирізкою груднини проводився міні-розріз (до 2-2,5 см), розтиналася *m. plathysma*, розводилися передні м'язи шиї, після чого в рану вводився ендоскоп діаметром 4 мм й інструменти (дисектор, москити, коагуляційний пінцет). Виділяли пірамідальну частку ЩЗ, проводили дисекцію ураженої частки, починаючи з верхнього полюса. Проводилося кліпування верхньої щитоподібної артерії і вени. Потім проводилася дисекція і кліпування нижньої щитоподібної артерії якомога ближче до тканини щитовидної залози. При цьому виділявся поворотний нерв. Відеоасистенція дозволяла краще диференціювати нерв від артерії. Проводилася візуалізація і прищитоподібних за-

лоз від капсули ЩЗ, з метою їх збереження. Потім залозу від трахеї, виділена частка видалялася через розріз. У II групі (25 пацієнтів) також виконували відеоасистовану операцію, але при цьому видалявся тільки вузол із залишенням частини частки щитоподібної залози. Основна частина пацієнтів цієї групи мали висновок ТАПБ про фолікулярну неоплазію або мікрофолікулярний зоб, тобто передбачалась висока вірогідність, що процес у залозі доброякісний. При резекції частки використовували біполярний коагулятор, що дозволило виключити кровотечу, травму прищитоподібних залоз та зворотного нерву.

Результати. Обговорення

Тривалість операції у I групі була 79 ± 12 хв., у II групі - 52 ± 10 хв. У деяких випадках, коли розмір частки перевищував довжину розрізу, вдавалося виконати видалення частки після її фрагментації. Іноді все ж таки доводилося розширювати розріз до 3-3,5 см. У деяких пацієнтів під час інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження була виявлена папілярна карцинома, у зв'язку з чим у них з цього ж доступу була виконана тотальна екстрафасціальна тиреоїдектомія, після чого ці пацієнти були виведені з групи спостереження, в загальну кількість групи вони не увійшли, результати їх лікування нами не враховувалися. Нагноєння не спостерігалися. При ендоскопічних втручаннях у II групі не трапилося жодного випадку гіпопаратиреозу, в той час як у I групі у 10 пацієнтів (9,2 %) спостерігалася клініка транзитного гіпопаратиреозу, тривалістю від 5 до 20 діб. Пошкодження поворотного нерва спостерігалось в 3 випадках (2,8 %) у пацієнтів з I групи, в одному з яких - без відновлення функції, в решті двох випадках голос відновився через 2-3 місяці. В II групі випадків пошкодження поворотного нерва не відмічалось ($p < 0,05$). Середній ліжко-день склав $2,0 \pm 0,5$ дня. Віддаленні результати (від 6 місяців до 5 років) були простежені у 87 (79,8%) пацієнтів. Всі пацієнти були дуже задоволені естетичним ефектом. У 54,8 % (46 пацієнтів) випадків при гемітиреоїдектомії пацієнти потребували тривалого (декілька років чи постійно) прийому L-Тироксину в дозі 50-100 мкг на добу. В II групі тільки 2 пацієнтам знадобився прийом L-Тироксину в дозі 50 мкг на добу ($p < 0,05$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Відеоендоскопічні операції на щитовидній залозі є малоінвазивними втручаннями, дають гарний косметичний ефект, дозволяють ретельно виділити поворотний нерв і прищитоподібні залози, скорочують терміни перебування хворих у стаціонарі, а також терміни трудової реабілітації, однак мають деякі обмеження в застосуванні. При оперативних втручаннях з приводу вузлового зобу, якщо пухлина не є злоякісною, а вузол не займає всієї долі щитоподібної залози, можливим є видалення частини частки щитовидної залози, що в

свою чергу дозволяє звести до мінімуму кількість ускладнень, таких, як травма нервових структур і після-

пераційний гіпопаратиреоз та запобігти післяопераційному гіпотиреозу.

Список літератури

1. Follicular variant of papillary thyroid carcinoma: accuracy of FNA diagnosis and implications for patient management / B. Ustun, D. Chhieng, M.L. Prasad [et al.] // *Endocr Pathol.* - 2014. - № 3, Vol. 25. - P. 257-264.
2. Is hemithyroidectomy a rational management for benign nodular goitre? A Multicentre Retrospective Single Group Study / W. Attaallah, S. Erel, N.Z. Canturk [et al.] // *Neth. J. Med.* - 2015. - № 1, Vol. 73. - P. 17-22.
3. Minimal-access video-assisted thyroidectomy for benign disease: a retrospective analysis of risk factors for postoperative complications / F. Billmann, T. Bokor-Billmann, H. Lapshyn [et al.] // *Int. J. Surg.* - 2014. - № 12. - P. 1306-1309.
4. Minimally invasive thyroid surgery for single nodules: an evidence-based review of the lateral mini-incision technique / R. Alvarado, T. McMullen, S.B. Sidhu, [et al.] // *World J. Surg.* - 2008. - № 7, Vol. 32. - P. 1341-1348.
5. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: an analysis of results and a revision of indications / M.N. Minuto, P. Berti, M. Miccoli [et al.] // *Surg. Endosc.* - 2012. - Vol. 26. - P. 818-822.
6. Prediction of thyroid hormone supplementation after thyroid lobectomy / D.Y. Lee, J. Seok, W.J. Jeong, S.H. Ahn // *J. Surg. Res.* - 2015. - № 1, Vol. 193. - P. 273-278.
7. Takami H. E. Minimally invasive thyroidectomy / H.E. Takami, Y. Ikeda // *Curr Opin. Oncol.* - 2006. - № 1, Vol. 18. - P. 43-47.

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

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА

Резюме. Цель исследования - улучшить качество хирургического лечения больных с узловым зобом. С 2005 по 2015 г. в клинике выполнено 109 видеоэндоскопических вмешательств на ШЖ у пациентов с узловыми формами зоба: доброкачественные узлы, фолликулярная неоплазия. Использованы две методики оперативных вмешательств. Продолжительность операции в I группе была 79 ± 12 мин., во II группе - 52 ± 10 мин. При эндоскопических вмешательствах во II группе не было ни одного случая гипопаратиреоза, в то время как в I группе у 10 пациентов (9,2%) наблюдалась клиника транзиторного гипопаратиреоза. Повреждение возвратного нерва наблюдалось в 3 случаях (2,8%) у пациентов с I группы. Во II группе случаев повреждения возвратного нерва не отмечалось ($p < 0,05$). Средний койко-день составил $2,0 \pm 0,5$ дня.

Ключевые слова: узловой зоб, эндоскопическая тиреоидная хирургия.

Hrubnik V.V., Parfentyev R.S., Kresyun M.S.

POSSIBILITIES ENDOSCOPIC TREATMENT OF NODULAR GOITER

Summary. The aim was to improve the quality of surgical treatment of patients with nodular goiter. From 2005 to 2015 109 videoendoscopic interventions for nodal forms of goiter have been performed. Nodes were benign, or follicular neoplasias have been detected. We have used two methods of surgery. Duration of surgery was 79 ± 12 min in Group I, and 52 ± 10 min - in Group II. In Group II a single case of hypoparathyroidism has been detected, while in Group I the transient hypoparathyroidism have been observed in 10 patients (9.2%). Damage of recurrent nerve has been observed in 3 cases (2.8%) in Group I. In Group II, nerve damage has not been observed ($p < 0,05$). Average hospital stay was $2,0 \pm 0,5$ days.

Key words: Nodular goiter, Endoscopic thyroid surgery.

Рецензент - д.мед.н, проф. Ткаченко О.І.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2015 р.

Грубнік Володимир Володимирович - д.м.н., проф., зав. кафедрою хірургії №1 ОНМедУ, з.д.н.т. України, лауреат державних премій, член правління Європейської асоціації ендоскопічних хірургів (EAES); +38 050 391-21-96; +38 094 947-28-29; algrub@te.net.ua

Парфентьев Роман Сергійович - к.м.н., доц. кафедри хірургії №1 ОНМедУ; +38 094 953-42-74; rommul@mail.ru

Кресюн Марина Сергіївна - аспірант кафедри хірургії №1 ОНМедУ; +38 067 71-57-094; kresyun.marina@mail.ru