

ТОРАКОСКОПІЧНА СИМПАТЕКТОМІЯ ЯК МЕТОД РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРГІДРОЗУ

Усенко О.Ю., Тивончук О.С., Загрієчук М.С., Попов О.М., Присяжнюк В.В.

Відділ лапароскопічної хірургії та холелітіазу,
Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

Toracoscopy Sympatectomy As a Radical Surgical Treatment of Hyperhidrosis

O.Yu. Usenko, O.S. Tivonchuk, M.S. Zagriychuk, O.M. Popov, V.V. Prisuznuk

Department of Laparoscopy Surgery and Holelitisias,
National Institute of Surgery and Transplantology named by O.O. Shalimov, AMS of Ukraine, Kiev

Received: December 4, 2014
Accepted: December 24, 2014

Адреса для кореспонденції:

НІХТ ім. О.О.Шалімова
вул. Героїв Севастополя, 30, Київ, 03680, Україна
тел.: +38-098-272- 94-05
e-mail: shalimov-org@ukr.net

Summary

Own experience of toracoscopy sympatectomy in 23 patients with hyperhidrosis has been described and analyzed. Main indications for the sympatectomy were created as well as main technical aspects. Complications during operations and in early postoperative period were discussed. Tactic of treatment patients after surgery was suggested.

Key words: toracoscopy sympatectomy, hyperhidrosis.

Вступ

Гіпергідроз — ендокринне захворювання, яке проявляється гіперфункцією потових залоз тіла людини внаслідок надмірної іннервації по симпатичних нервових волокнах [1]. Захворювання досить поширене та спостерігається за даними різних авторів у 15–18% всього дорослого населення [2,3]. Розрізняють долонний (пальмарний), пахвинний (аксілярний), підошовний (плантарний) та змішаний гіпергідроз [4].

Найчастіше зустрічається долонний (38%) та пахвинний (29%) гіпергідроз [5]. Чоловіки хворіють в 2–2,5 рази частіше. Клінічно захворювання проявляється надмірним постійним потовиділенням у вищеписаних ділянках, при долонному гіпергідрозі також відмічаються постійно холодні долоні із синюшним відтінком. Кількість та інтенсивність виділення поту значно підсилюється при найменшому хвилюванні хворого, при підвищенні температури навколишнього середовища. Хвороба не призводить до фізіологічних чи органічних порушень систем та органів організму, але спричиняє сильний соціально-адаптивний дискомфорт та важкі психологічні розлади. Оскільки хвороба переважно відмічається у осіб молодого віку, пацієнти не здатні повністю соціально адаптуватися, будь-який тактильний контакт (наприклад рукопожаття) надзвичайно неприємні для оточуючих, що в свою чергу викликає сильні психологічні розлади у пацієнтів. Відомі на сьогодні методики корекції цього досить специфічного захво-

рювання, як то різноманітні антиперспіранти, ін'єкції препаратів Буткса (Диспорт) в зони надмірного потовиділення дають не тривалий тимчасовий ефект, ремісія не стійка. Повторні аналогічні маніпуляції мало ефективні та в подальшому не призводять до задовільного стійкого клінічного ефекту. Єдиним на сьогодні радикальним методом лікування цієї патології є симпатектомія, тобто руйнування симпатичних нервових волокон на рівні 2–4 симпатичних нервових гангліїв в залежності від бажаного рівня переривання надмірної симпатичної іннервації. Дана операція була відома ще з середини 70-х років минулого століття [6], але виконувалась рідко через високу травматичність торакотомних доступів. В зв'язку з активним впровадженням лапароскопічних технологій в торакальну хірургію так звана торакоскопічна симпатектомія почала виконуватись значно частіше. Зокрема, у іноземній літературі зустрічаються публікації про виконання більше 500 подібних операцій [7].

Матеріали і методи

В період з 2010 по 2014 роки у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу НІХТ ім. О.О. Шалімова було прооперовано 19 пацієнтів з гіпергідрозом, яким було виконано 23 торакоскопічні симпатектомії. Чоловіків було 14 (73,7%), жінок відповідно 5 (26,3%). Середній вік хворих становив $29,3 \pm 2,8$ років. Першим етапом у всіх хворих виконували торакоскопічну симпатектомію на стороні «ведучої» руки. Оскільки серед 19 пацієнтів 16 були правшами (84,2%), то правосторонню симпатектомію як перший етап радикального хірургічного лікування гіпергідрозу було виконано в 16 випадках. В 3 пацієнтів (15,8%), які були лівшами, першим етапом виконано лівосторонню симпатектомію. Через 2 місяці після першого етапу всі хворі оглянуті в клініці на предмет виконання торакоскопічної симпатектомії на протилежному боці. 15 пацієнтів (78,9%) від виконання другого етапу відмовились через досягнення задовільного показника якості життя, оціненого на основі міжнародного опитника SF 36 та інтегрального показника якості життя вже через 1 місяць після операції. 4 пацієнта (21,1%), якість життя яких після першого етапу не задовольняла, перенесли торакоскопічну симпатектомію на протилежному боці. Відтак, загальна кількість торакоскопічних симпатектомій, виконаних за останні 4 роки, склала 23 операції, з яких 19 правосторонні (82,6%) та 4 лівосторонні (17,4%). Серед усіх прооперованих нами пацієнтів симпатектомія з приводу лише долонного (пальмарного) гіпергідрозу була виконана у 15 пацієнтів (78,9%), 4 хворих (21,1%) перенесли торакоскопічну симпатектомію в розширеному об'ємі (рівень T₂–T₄) з приводу комбінованого долонного та пахвинного (аксілярного) гіпергідрозу. Випадків підшвинного гіпергідрозу ми не спостерігали. Також нами не виконувались симпатектомії з приводу ізолюваного аксілярного гіпергідрозу. Серед всіх прооперованих нами хворих попередні ін'єкції Буткса (Диспорта) одно- або багаторазово отримувало 11 пацієнтів, що склало 57,9%.

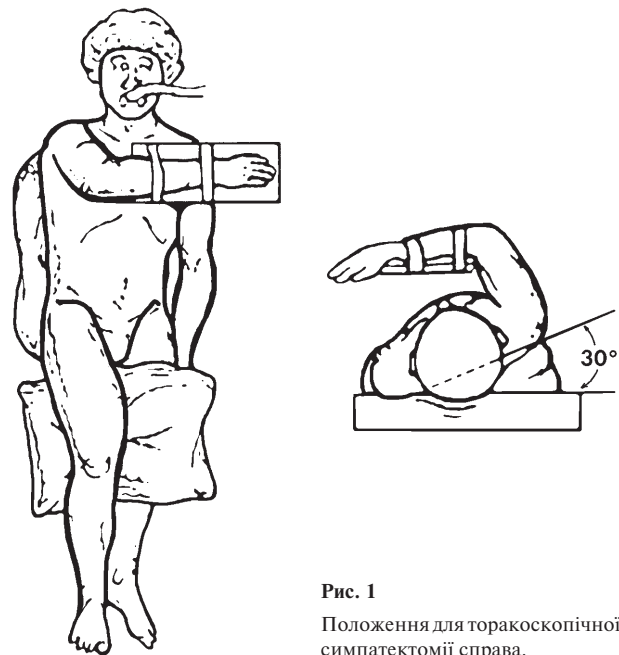


Рис. 1

Положення для торакоскопічної симпатектомії справа.

Результати та їх обговорення

Гіпергідроз — захворювання, яке спостерігається у пацієнтів молодого віку переважно чоловічої статі. Не зважаючи на те, що хвороба не викликає органічного порушення функцій систем та органів людського організму, соціальна дезадаптація та, як наслідок, порушення нервово-психологічного стану пацієнта змушують шукати шляхи оптимального лікування цього захворювання. На сьогодні єдиним радикальним та мінімально травматичним методом хірургічного лікування таких хворих, який дає позитивний задовільний ефект, є торакоскопічна симпатектомія. Алгоритм доопераційного обстеження окрім загальнообов'язкових лабораторно-інструментальних методик включав консультацію ендокринолога. Всі операції проводились під інгалаційним внутрішньовенним наркозом на лапароскопічному обладнанні «Olimpus» та «Karl Storz». Тривалість передопераційного обстеження не перевищувала $09 \pm 0,4$ доби. Передопераційна

підготовка не відрізнялась від загально прийнятих для стандартних планових хірургічних втручань.

Показами до операції вважали: ендокринологічно підтверджений діагноз гіпергідроз; позитивний тест з аркушем паперу (через 10–15 секунд після того, як пацієнт поклав руку на звичайний аркуш паперу А4 останній промокає наскрізь); стійке бажання хворого отримати саме хірургічне лікування, підтверджене документально; неефективні спроби попередньо отриманого консервативного лікування.

Укладка хворого після введення пацієнта в наркоз виконувалась в семі латеральну позицію на стороні, протилежній операції. Хворий знаходиться на боці з кутом нахилу до переду приблизно на 30–35°, із закинутою в сторону рукою (рис. 1).

Перший порт встановлюємо по середній пахвинній лінії в IV міжребер'ї відкритим способом. На етапі освоєння методики та в період з 2010 по 2011 роки, коли в клініці не було 5 мм відеокамери, ми користувались відеокамерою 10 мм в діаметрі. З накопиченням досвіду та з придбанням відеокамери 5 мм в діаметрі ми не використовуємо 10 мм троакари через їх високу травматичність та, як наслідок, сильно виражений больовий синдром після операції. Для робочих інструментів, а саме робочого затискача та крючка або дисектора встановлюємо 2 порта 5 мм в діаметрі по передній пахвинній лінії в III міжребер'ї та по задній пахвинній лінії в III або IV міжребер'ї під візуальним контролем. Важлива взаємодія з анестезіологом, так як необхідним є максимальне зменшення об'єму легень на стороні операції. З цією метою також вводимо в грудну порожнину CO₂ для формування штучного пневмотораксу. В хворих астеничної та нормостенічної тіло будови для адекватної візуалізації симпатичного стовбура та безпечних маніпуляцій на ньому цих заходів достатньо. У хворих гіперстечного типу, з бочкоподібним типом грудної клітки та при ожирінні виконуємо роздільну інкубацію легень. Після візуалізації симпатичного стовбура над його контуром розсікаємо парієтальну плевру, виділяємо сам стовбур разом з 2–3 грудним ганглієм. Після ретельної десекції, гемостазу та виділення стовбура з гангліями пересікаємо симпатичний стовбур та видаляємо його з грудної порожнини. Операцію закінчуємо постановкою дренажа за Бюлау, який забираємо на наступний день після попереднього рентгенологічного контролю.

Летальних випадків ми не відмітили. Серед інтраопераційних ускладнень в 1 пацієнта (4,3%) відмітили інтраопераційну кровотечу в об'ємі 350 мл, яку вдалось зупинити торакоскопично. Конверсії в торакокопію ми не спостерігали. Також в 1 випадку (4,3%) ми спостерігали пневмоторакс на наступну добу після операції. Дане ускладнення також вдалось ліквідувати консервативно.

При вивченні результатів віддаленого післяопераційного періоду за SF 36 та інтегральним показником якості життя, 17 (89,4%) пацієнтів оцінили свій стан як задовільний із стійким ефектом після оперативного лікування в періоді спостереження до 4 років. Ми не спостерігали в наших хворих рецидивів захворювання або компенсаторного гіпергідрозу.

Висновки

1. Торакоскопична симпатектомія — метод вибору в радикальному хірургічному лікуванні усіх видів гіпергідрозу, який у 100% хворих дає по життєвий задовільний ефект.
2. Мінімальна травматичність, відсутність летальних випадків та низький рівень ускладнень під час операції (0,3%) та в ранньому післяопераційному періоді (1,3%) дозволяє виконувати подібні оперативні втручання у ретельно підібраних пацієнтів.
3. Доцільним є виконання поетапних симпатектомій в порівнянні з одномоментною двохсторонньою симпатектомією через меншу травматичність та недоцільність виконання другого етапу лікування у 78,9% випадків. Перший етап необхідно виконувати на стороні «ведучої» верхньої кінцівки.

Література

1. Ellatif A., Hadidi A., Musa A.M., Askar W., Abbas A., Negm A. et al. (2014) Optimal level of sympathectomy for primary palmar Hyperhidrosis: T3 versus T4 in a retrospective Cohort study. *Int. J. Surg.* 27;12: 778-782
2. Yang Y, Zeng L, An Z, Wang L, Hu J. (2014) Minimally invasive thoracic sympathectomy for palmar hyperhidrosis via a single unilateral incision approach by the pleura videoscope. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.* 24: 328-332
3. Costa A., Leão L., Succì J.E. et al. (2014) Randomized trial — oxybutynin for treatment of persistent plantar hyperhidrosis in women aftersympathectomy. *Clinics (Sao Paulo)*. 69 (2): 101-105
4. Bryant A.S., Cerfolio R.J. (2014) Satisfaction and compensatory hyperhidrosis rates 5 years and longer after video-assistedthoracoscopic sympathectomy for hyperhidrosis. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 147 (4): 1160-1163
5. Stefaniak T., Cwigoń M., Vingerhoets A.J., Dobosz L., Kaczor M., Cwaliński T., Lankiewicz M., Wruckowska I. (2013) Influence of thoracoscopic sympathectomy on tendency to cry — case-controlled study. *Wideochir. Inne. Tech. Malo. Inwazyjne.* 8 (4): 315-320
6. Verdú-López F., Beisse R. (2014) Current status of thoracoscopic surgery for thoracic and lumbar spine. Part 2: treatment of the thoracic disc hernia, spinal deformities, spinal tumors, infections and miscellaneous. *Neurocirugia (Astur)*. 25 (2): 62-72
7. Methangkool E., Chua J.H., Gopinath A., Shivkumar K., Mahajan A. (2014) Anesthetic considerations for thoracoscopic sympathetic ganglionectomy to treat ventricular tachycardia storm: a single-center experience. *J. Cardiothorac. Vasc. Anesth.* 28 (1): 69-75