УДК 616.441—089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗОБУ ШИЙНО—ЗАГРУДНИННОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

О. П. Ковальов, В. І. Ляховський, О. М. Люлька, М. О. Дудченко, І. І. Нємченко
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

SURGICAL TREATMENT OF NECK—RETROSTERNAL GOITER

O. P. Kovalyov, V. I. Lyakhovskiy, O. M. Lyulka, M. O. Dudchenko, I. I. Nemchenko

Реферат
Проаналізовані результати оперативного лікування 91 хворого з приводу зобу шийно—загруднинної локалізації (ЗШЗЛ). За класифікацією ступеня поширення загруднинної частини щитоподібної залози (ЩЗ) за I. Cohen, H. Cho (1994), у 41 хворого діагностований зоб I ступеня (0 — 25% ЩЗ розташован за грудниною), у 28 — II ступеня (25 — 50%), у 17 — III ступеня (50 — 75%), у 5 — IV ступеня (понад 75%). У більшості спостережень за ЗШЗЛ операцію можна виконувати з використанням шийного доступу, видалення загруднинної частки ЩЗ слід починати з мобілізації шийної частини, дотримання запропонованого алгоритму дій дозволяє запобігти виникненню ускладнень та досягти задовільних результатів після операції.
Ключові слова: зоб шийно—загруднинної локалізації; екстрафасціальна тиреоїдектомія.

Abstract
Results of 91 patient with neck—retrosternal goiter localization operative treatment were analysed. The first degree of thyroid retrosternal part distribution by I. Cohen, H. Cho classification (1994) was observed in 41 patient, the second degree — in 28, the third degree i— n 17 and the fourth degree — in 5 patients. In most cases of neck—retrosternal goiter localization, operation can be performed from neck access, remuvel of the submerged part of thyroid gland needs to be begun with mobilization of neck part of lobe, the observance of the offered actions algorithm allows to prevent the origin of complications and get good postoperative results.
Key words: neck—retrosternal goiter; extrafascial thyroidectomy.

Проблема хірургічного лікування зоба актуальна з огляду на збільшення частоти його виявлення в останні роки та невизначеність деяких питань щодо методів оперативного втручання, особливо за його загруднинної локалізації [1, 2]. Загруднинний зоб за умови поступового збільшення може спричинити компресійний синдром органів середостіння, трахеомаляцію або інші негативні наслідки [3, 4].

Частота ЗШЗЛ, за даними літератури, становить від 0,2 до 50%, у середньому 3 — 6% [5]. Такі значні розбіжності показників, ймовірно, пов'язані з невизначеністю поняття "загруднинний зоб" та різними класифікаціями, які застосовують дослідники.

З огляду на відсутність ефекту консервативної терапії ЗШЗЛ, прогресуючий перебіг захворювання, загрозу виникнення тяжких ускладнень, більшість авторів вважають наявність ЗШЗЛ майже абсолютним показанням до виконання оперативного втручання [6 — 8].

Метою дослідження був аналіз результатів хірургічного лікування ЗШЗЛ та визначення шляхів удосконалення його оперативного лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період 2004 — 2014 р. в клініці оперовані 498 хворих з приводу зоба, з них 91 (18,3%) — ЗШЗЛ. Поширення ЩЗ за груднину оцінювали за класифікацією I. Cohen, H. Cho [9]. Зоб I ступеня (0 — 25% ЩЗ розташовано за грудниною) діагностований у 41 хворого, II ступеня (25 — 50%) — у 28, III ступеня (50 — 75%) — у 17, IV ступеня (понад 75%) — у 5. Жінок було 73 (80,3%), чоловіків — 18 (19,7%). Вік хворих від 28 до 76 років, 60 (65,9%) з них були старше 55 років. Однобічний вузловий зоб виявлений у 35 (39,0%) пацієнтів, багатовузловий нетоксичний — у 45 (49,5%), багатовузловий токсичний — у 3 (3,3%), дифузний токсичний — у 8 (8,8%). За двобічного багатовузлового зоба загруднинне розташування однієї частки ЩЗ відзначене у 75% спостережень. У 3 (3,3%) пацієнтів занурена частина зоба містилася у задньому середостінні.

Поряд з загальноклінічними і лабораторними методами обстеження, досліджували гормональну активність ЩЗ з визначенням вмісту вільного тироксину (Т4), трийодтиронину (Т3), тиреотропного гормону (ТТГ), антитіл до ТТГ. Крім того, проводили ультразвукове дослідження (УЗД) ЩЗ, тонкоголкову аспіраційну пункційну біопсію (ТАПБ) під контролем УЗД.

Якщо пальпаторно нижні полюси бічних часток були недосяжні, застосовували додаткові методи дослідження, що дозволяло виявити особливості розташування загруднинної частини ЩЗ, її розміри, взаємовідносини з навколишніми органами і тканинами (поліпозиційна рентгеноскопія органів шиї та середостіння з контрастуванням стравоходу, комп'ютерна томографія — КТ, магніторезонансна томографія — МРТ шиї та середостіння).

Під час операції робили мазки—відбитки з зрізів вузлів для цитологічного дослідження та експрес—гістологічну діагностику видалених тканин. Перед операцією та в ранньо-

ому післяопераційному періоді контролювали вміст кальцію та фосфору в крові, при змінах голосу або порушенні ковтання — проводили ларингоскопію.

Всі хворі оперовані у плановому порядку, після відповідної передопераційної підготовки, у стані природного або медикаментозного еутиреозу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З приводу ЗШЗЛ гемітиреоїдектомія виконана у 22 (24,2%) хворих, гемітиреоїдектомія з резекцією протилежної частки ЩЗ — у 5 (5,5%), субтотальна резекція частки ЩЗ з видаленням перешийка — у 8 (8,8%). З приводу багатовузлового зоба тиреоїдектомія виконана у 31 (34,1%) хворого, тиреоїдектомія з центральною лімфодисекцією — у 2 (2,2%), субтотальна резекція ЩЗ — у 15 (16,5%). З приводу дифузного токсичного зоба у 2 (2,2%) хворих здійснена тиреоїдектомія, у 6 (6,6%) — субтотальна резекція ЩЗ.

Методом вибору знеболення при операціях на ЩЗ вважаємо комбінований наркоз з штучною вентиляцією легень.

Починаючи з 2007 р., застосовуємо екстрафасціальну методику виділення ЩЗ з використанням прецизійних інструментів та діатермокоагуляції, візуалізацією і контролем нижніх гортаних нервів і паращитоподібних залоз, що забезпечує безкровність втручання, підвищує його безпечність та гарантує радикальність. Резекційні операції з приводу вузлового зоба в останні роки не застосовуємо.

Спосіб екстрафасціальної тиреоїдектомії, запропонований Т. Кохером понад 100 років тому, у подальшому детально розроблений і висвітлений в літературі і сьогодні є найпоширенішим. Проте, за ЗШЗЛ виконання операції має деякі особливості, недотримання яких може спричинити небезпечні ускладнення: загрозливу кровотечу, пошкодження верхніх або нижніх гортаних нервів, травмування паращитоподібних залоз. Особливо це стосується ситуацій, коли занурену за груднину частину ЩЗ неможливо вільно вивести в операційну рану. Це, як правило, загруднинний зоб II — IV ступеня (за класифікацією I. Cohen, H. Cho, 1994).

З метою оптимізації виконання оперативного втручання в таких ситуаціях ми запропонували методику екстрафасціальної тиреоїдектомії з приводу ЗШЗЛ з огляду на особливості її розташування і фіксуючих сполучних утворень ЩЗ [10].

Операцію виконували під ендотрахеальним наркозом з використанням шийного доступу за Кохером. Візуально і пальпаторно оцінювали розміри ЩЗ, її консистенцію, конфігурацію, глибину занурення нижніх полюсів часток ЩЗ за груднину, їх рухомість, ступінь стискання у верхньому отворі грудної клітки, наявність девіації трахеї. Пересікали у поздовжньому напрямку перешийок ЩЗ, перев'язували (прошивали) його кукси, відокремлювали його від трахеї за допомогою електроножа. Мобілізацію верхнього полюсу бічної частки починали з розсічення у косо—поздовжньому напрямку (або перфорації гемостатичним затискачем) верхньої підвішувальної зв'язки ЩЗ у межах її внутрішньої безсудинної частини (між верхньою судинною ніжкою ЩЗ і гортанню). Заведеним у створений отвір кінчиком вказівного пальця відтискали верхню судинну ніжку ЩЗ, відокремлюючи її від розташованої поряд зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва, що дозволяло запобігти його пошкодженню ("закритий" попереджувальний засіб). Цією маніпуляцією також відкривався доступ до персне—щитоподібного простору, іноді вдавалося візуалізувати зовнішню гілку верхнього гортанного нерва. Судини верхньої ніжки ЩЗ розділяли та лігували окремо з метою попередження травмування зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва за її низького відходження. Мобілізацію латеральних ділянок частки починали з перев'язування та пересічення серединної тиреоїдної вени, після чого візуалізувався футляр сонних артерій. Перед повною мобілізацією верхнього полюсу від ЩЗ відокремлювали верхню паращитоподібну залозу. Під час тракції верхнього полюсу донизу і вперед та звільнення його від навколишньої сполучної тканини візуалізувався кінцевий відділ нижнього гортанного нерва у вигляді біло—сірої звивистої смужки з тонкою поздовжньою судиною на поверхні біля його входження у гортань одразу позаду сполучення нижнього рогу щитоподібного хряща з перснеподібним. При тракції ЩЗ у медіальному напрямку візуалізували, поетапно пересікали та перев'язували гілки нижньої щитоподібної артерії. На цьому етапі візуалізували стовбур нижнього гортанного нерва, розташованого знизу доверху та ззовні всередину, позаду або крізь третину трахеощитоподібної зв'язки. При наявності заднього виросту частки (бугорка Цукеркандля) для візуалізації стовбура нижнього гортанного нерва відокремлювали бугорок у медіальному напрямку. Пересічення трахеощитоподібної зв'язки поблизу капсули ЩЗ забезпечує остаточну мобілізацію фіксованої сполучною тканиною і зв'язками шийну частину частки ЩЗ.

Загруднинну частину зобно—зміненої ЩЗ видаляли за таким алгоритмом:

— загруднинна частина найчастіше у вигляді поодинокого вузла або ланцюга вузлів, після пересічення фіксуючих зв'язок вивільнювалась у надгруднинний простір під час тракції доверху та поступового звільнення від навколишніх тканин. Під час мобілізації нижнього полюсу частки візуалізувалися проксимальний відділ нижнього гортанного нерва та нижня паращитоподібна залоза, які відокремлювали від ЩЗ. Для полегшення виведення загруднинно розташованої частки у рану доцільне застосування досить товстих ниток — утримувачів з прошиванням "en mass" видимої частини зануреної частки ЩЗ;

— у двох спостереженнях, коли занурений за груднину нижній полюс з колоїдно—кістозним вузлом великих розмірів не виводився за звичайною методикою, застосований модифікований нами спосіб

Lahey. Верхню частину зануреного вузла перфорували затискачем, в утворений отвір вводили гостру ложечку і частково вичерпували вміст для зменшення об'єму колоїдного вузла. За наявності кісти використовували електровідсмоктувач. У створену порожнину вводили вказівний палець, поступово виводили у розріз занурену частину зоба. З цією метою можна застосовувати затискач Кохера з тупфером. Обережно мобілізували занурену частку ЩЗ, ідентифікували нижній гортанний нерв та нижню паращитоподібну залозу, видаляли частку ЩЗ.

Ложе ЩЗ дренували з використанням двох хлорвінілових трубок, здійснювали активну аспірацію, дренажі видаляли через 1 — 2 доби.

Після операції транзиторний гіпопаратиреоз виник у 3 пацієнтів, тимчасовий парез гортані — у 2. Хворобу відшарованих клаптів, серому, гематому операційної рани або її нагноєння не спостерігали, всі пацієнти живі. За даними остаточного гістологічного дослідження, у 5 (5,5%) хворих діагностований диференційований рак ЩЗ.

ВИСНОВКИ

1. При ЗШЗЛ оперативне втручання слід планувати з огляду на результати додаткових методів дослідження (рентгенологічного, УЗД, КТ, МРТ, цитологічного).

2. У більшості спостережень при ЗШЗЛ операцію можна виконати з використанням шийного доступу.

3. Видалення зануреної за груднину частки ЩЗ необхідно починати з мобілізації її шийної частини.

4. Впровадження методики видалення ЗШЗЛ з огляду на особливості фіксуючих сполучних утворень ЩЗ і дотримання алгоритму її видалення дозволяє зменшити ризик виникнення ускладнень та досягти задовільних результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Хирургическое лечение патологии шейно—медиастинальной локализации / А. Г. Высоцкий, Ю. А. Сидоренко, С. И. Гюльмамедов, С. Ю. Китов // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 1 (10). — С. 113 — 115.
2. Романчишин А. Ф. Вузловий зоб шийно—загруднинної локалізації / А. Ф. Романчишин, В. А. Колосюк, Е. А. Федоров // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2002. — № 1(1). — С. 18 — 20.
3. Иванова Н. Н. Шейно—загрудинный зоб у жителей Крайнего Севера (патогенез, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Н. Иванова. — СПб., 2004. — 28 с.
4. Cervico—mediastinal goiter. Our experience / J. Siradusa, E. Jelarda, J. Jeraci [et al.] // Minerva Chir. —1999. — Vol. 54, N 4. — P. 225 — 229.
5. Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы / Е. А. Валдина. — СПб.: Питер, 2001.— 397 с.
6. Ларін О. С. Стандартизація підходів до лікування вузлового зоба на основі патогенетично доцільних та ефективних методів — вимога часу у сучасній ендокринології / О. С. Ларін // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2002. — № 3. — С. 109 — 116.
7. Черенько С. М. Сучасні тенденції в діагностиці та лікуванні вузлового зоба: досвід клініки у вирішенні дискусійних питань / С. М. Черенько// Там же. — 2002. — № 1(1). — С. 7 — 9.
8. Hedayati N. The clinican presentation and operative management of nodular and difeluse substeppasu thyreoid disease / N. Hedayati, C. K. Mc Henry // Am. Surg. — 2002. — Vol. 68, N 3. — P. 245 — 251.
9. Cohen I. Surgery for substernal goiters / I. Cohen, H. Cho // Head Neck Surg. — 1994. — N 5. — P. 113—125.
10. Пат. 90201 Україна. Спосіб екстрафасціальної тиреоїдектомії при шийно—загруднинній локалізації зоба / В. І. Ляховський, О. П. Ковальов, О. М. Люлька. — № u201400401. — Опубл. 12.05.14. Бюл. № 9.