

ОСОБЛИВОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА

О. П. Ковальов, О. М. Люлька, І. І. Немченко, М. О. Дудченко,
М. І. Кравців, В. І. Ляховський

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

PECULIARITIES OF OPERATIVE TREATMENT OF RECURRENT GOITER

O. P. Kovalyov, O. M. Lyuhlka, I. I. Nemchenko, M. O. Dudchenko,
M. I. Kravtsiv, V. I. Lyakhovskyi

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Рецидивний зоб (РЗ) становить 4,9 — 49% в структурі захворювань щитоподібної залози (ЩЗ). В основному багаторецидивуючий зоб виявляють у 10 — 25% пацієнтів [1], оперованих з приводу вузлового чи багатовузлового нетоксичного зоба. За даними літератури, частота РЗ в цій групі хворих становить від 1,4 до 60% [2].

Тому, особливості хірургічного лікування хворих з приводу РЗ дуже важливі. Насамперед, це стосується показань до оперативного втручання, його обсягу, оперативної техніки [3, 4].

Операції з приводу РЗ майже завжди атипові, з високим ризиком виникнення різних ускладнень, зокрема, пошкодження поворотних гортанних нервів, прищитоподібних залоз, трахеї.

Частота специфічних ускладнень після повторних оперативних втручань з приводу зоба становить 13 — 50% [5]. За даними дослідників, транзиторний парез гортані після повторних операцій з приводу зоба виявляли у 9 разів частіше, ніж після первинних операцій [6].

Метою дослідження був аналіз оперативних втручань з приводу РЗ за матеріалами клініки та розробка оптимальної методики операції для запобігання специфічних інтраопераційних ускладнень (пошкодження поворотних гортанних нервів та прищитоподібних залоз).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За 15 років в хірургічній клініці оперовані 633 хворих з приводу вуз-

Реферат

Проаналізовані результати оперативного лікування 20 хворих віком від 37 до 73 років з приводу рецидивного зоба (РЗ). Односторонній РЗ виявлений у 6 хворих, двобічний — у 14. З метою запобігання специфічних інтраопераційних ускладнень розроблено оригінальну методику остаточної гемі— або тиреоїдектомії. Дотримання алгоритму дій під час операції з приводу РЗ дозволило запобігти пошкодженню поворотних гортанних нервів та прищитоподібних залоз.

Ключові слова: рецидивний зоб; остаточної гемітиреоїдектомія; остаточної тиреоїдектомія.

Abstract

Results of 20 patients with a recurrent goiter (RG) surgery were analyzed. All patients were from 37 to 73 years old. One-sided RG was in 6 patients, bilateral RG — in 14. With the purpose of specific intraoperation complications prevention the original method of final hemi— or thyroidectomy was developed. The observance of algorithm of actions during an operation concerning RG allows to prevent the damage of recurrent laryngeal nerve and parathyroid glands.

Keywords: recurrent goiter; final hemithyroidectomy; final thyroidectomy.

лового та тиреотоксичного зоба. РЗ виник у 20 (3,2%) з них, в тому числі 18 жінок і 2 чоловіків. Вік хворих від 37 до 73 років.

Ураження однієї частки ЩЗ спостерігали у 6 пацієнтів, обох часток — у 14. Операції виконували під загальним знеболенням. Гемітиреоїдектомія виконана у 6 хворих, гемітиреоїдектомія, видалення перешийка та резекція контралатеральної частки — у 3, остаточної тиреоїдектомії — в 11.

За даними гістологічного дослідження видаленої тканини, мікромакрофолікулярний зоб діагностований у 10 (50%) спостереженнях, фолікулярна аденома — у 4 (20%), зоб Хашімото — у 4 (20%), папілярний рак — у 2 (10%).

Всі хворі оперовані у плановому порядку за розробленою нами і впровадженою з 2010 р. в роботу клініки оригінальною методикою,

метою якої було запобігання виникнення специфічних ускладнень. Обсяг оперативного втручання — остаточної гемі— або тиреоїдектомія з використанням екстрафасціального доступу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Методика виконання оперативного втручання включала такі етапи. 1. Двома косметично коригуючими дугоподібними розрізами висікали "старий" післяопераційний рубець з склеротично—зміненим підшкірним прошарком.

2. Верхній та нижній шкірно—підшкірно—фасціальні клапті за власною методикою [7] відшаровували гострим шляхом (верхній — на 4 — 5 см, нижній — до рівня яремної вирізки), реконструювали анатомічні взаємовідносини між склеротично—рубцево—зміненими м'язовими

структурами в операційному полі: виділяли зі спайок внутрішні краї груднинно—ключично—соскоподібного м'яза та рубцево—перероджені груднинно—щитоподібні м'язи. Це розширювало оперативний простір для подальших маніпуляцій.

3. Відокремлювали від кукси частки фіброзно—змінених претиреоїдних м'язів. За значних фіброзних змін м'язи пересікали. Мобілізували внутрішні краї груднинно—ключично—соскоподібних м'язів.

Передня і зовнішня поверхні кукси ураженої частки ЩЗ запаяні у напластуваннях рубцево—зміненої сполучної тканини, видалення з неї кукси у напрямку спереду—назад може спричинити пошкодження внутрішньої яремної вени, нижнього гортанного нерва, прищитоподібних залоз. Починати мобілізацію частки ЩЗ з верхнього полюсу також небезпечно, оскільки найбільш часто пошкодження нижнього поворотного нерва відбувається в ділянці його входження у гортань, де його взаємовідносини з часткою ЩЗ найбільш щільні.

4. Мобілізацію частки ЩЗ починали з нижнього полюсу кукси. Застосовуючи прецизійну техніку препарування тканин, потрібно досягти незміненої ділянки капсули частки,

тобто зони, якої не торкалися під час попередньої операції. Починаючи з цього рівня, анатомічні взаємовідносини між часткою ЩЗ, поворотним нервом і трахеєю, як правило, не порушені. Препаруючи в цій зоні, візуалізували поворотний гортанний нерв. Просуваючись затиском між незміненою поверхнею капсули частки ЩЗ і напластуваннями фіброзної рубцево—зміненої сполучної тканини у краніальному напрямку, поступово й методично відокремлювали, коагулювали і пересікали запаяну з часткою ЩЗ сполучну тканину, візуально контролюючи хід нижнього поворотного гортанного нерва до його входження у гортань. Таким чином, повністю мобілізували латеральну поверхню частки ЩЗ.

Завершували гемітиреоїдектомію пересіченням спайок і зв'язкових утворень з трахеєю. Гемостаз під час операції здійснювали шляхом електрокоагуляції дрібних судин і капілярів та накладанням лігатур на більші судини (капрон № 2).

5. Поверх трахеї зшивали передтиреоїдні м'язи. Дренували ложе частки (часток) ЩЗ хлорвініловими трубками. Накладали шви на поверхневий м'яз, косметичний шов на шкіру. Від'ємний тиск у рані ство-

рювали за допомогою гармошок—відсмоктувачів.

Дренажі видаляли на 2—гу добу, шви шкіри знімали на 4—5—ту добу.

Після операції транзиторий гіпопаратиреоз виник в одного хворого. Таких ускладнень, як "хвороба відшарованих клаптів", серома, гематома в ділянці операційної рани або її нагноєння, не було. Всі післяопераційні рубці були фізіологічними.

ВИСНОВКИ

1. Оптимальним методом лікування РЗ є хірургічний, особливо з огляду на результати гістологічного дослідження видалених залишків ЩЗ (у 20% спостережень — передрак, у 10% — рак).

2. Основними чинниками, що ускладнюють виконання остаточної тиреоїдектомії з приводу РЗ, є недостатня реконструкція топографоанатомічних взаємовідносин у зоні операційної рани і неадекватний алгоритм дій під час мобілізації "замурованої" у спайках ураженої кукси ЩЗ.

3. Впровадження запропонованої методики операції з приводу РЗ сприяло запобіганню специфічних інтраопераційних ускладнень — пошкодженню поворотних гортанних нервів та прищитоподібних залоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. Топічна діагностика рецидивного зоба / В. А. Белобородов, О. С. Оліфірова, О. Н. Деніскін [та ін.] // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2006. — № 4(17). — С. 30 — 31.
2. Особенности хирургического лечения больных с послеоперационным рецидивным нетоксичным зобом / Д. Д. Догидзе, Р. Б. Мулекадзе, И. Н. Джичкаев, Г. Н. Карадимиров // Рос. мед. вести. — 2007. — № 5. — С. 6 — 10.
3. Черенько С. М. Сучасні тенденції в діагностиці та лікуванні вузлового зоба: досвід клініки у вирішенні дискусійних питань / С. М. Черенько // Клін. ендокринологія та ендокрин. хірургія. — 2002. — № 1(1). — С. 7 — 9.
4. Осадчук Д. В. Морфофункціональне обґрунтування вибору обсягу оперативних втручань та післяопераційної реабілітації у хворих на вузловий колоїдний зоб: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.03 — хірургія / Д. В. Осадчук. — Тернопіль, 2010. — 20 с.
5. Тиреоїдна хірургія: навч. посібник / С. Й. Рибаків, В. О. Шідловський, І. В. Комісаренко, М. П. Павловський. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2008. — 423 с.
6. Hedayati N. The clinical 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 — 246.
7. Пат. 42165А Україна, МПК А61В17/00. Спосіб експозиції щитовидної залози та дронування операційної рани при операціях з приводу зоба / О. П. Ковальов, О. М. Люлька (Україна). — №2000074039; заявл. 10.07.2000; опубл. 15.10.01. Бюл. № 9.

