

С.В. Чернишов

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СТАНДАРТНОГО ТА МІНІМАЛЬНО ІНВАЗІЙНОГО МЕТОДІВ ВИКОНАННЯ ГЕМІТИРЕОЇДЕКТОМІЇ ЗА ФОЛІКУЛЯРНИХ ПУХЛИН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

ДУ "Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України", Київ

ВСТУП

Кількість хірургічних втручань на щитоподібній залозі (ЩЗ) в Україні за останні два десятиліття має чітку тенденцію до зростання. Пов'язано це як зі збільшенням захворюваності на рак ЩЗ після аварії на ЧАЕС [11], так і з поліпшенням діагностики: ультразвуковою та цитологічною [1-3].

На особливу увагу заслуговують фолікулярні пухлини ЩЗ, так звані "фолікулярні неоплазії", цитологічні характеристики яких за результатами тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) не дозволяють із цілковитою впевненістю встановити або виключити діагноз "карцинома", що, у свою чергу, призводить до необхідності виконання хірургічного втручання в обсязі гемітиреоїдектомії.

У переважній більшості випадків такими пацієнтами є жінки (співвідношення ж:ч становить від 4:1 до 7:1) [1-3], для яких часто вигляд поопераційного рубця є важливим чинником у прийнятті рішення щодо проведення операції.

Пошук методів зменшення розміру рубця на шиї ведеться як у нашій країні, так і за кордоном [5-10, 12]. Основною умовою є адекватність хірургічного доступу, радикальність і безпека втручання.

У нашій практиці з 2005 р. для виконання гемітиреоїдектомії використовується доступ до ЩЗ із мінімального розтину [4].

Метою даної роботи було порівняння результатів проведення гемітиреоїдектомії, виконаної зі стандартного доступу за Кохером та за допомогою запропонованого нами мінімально інвазійного методу.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Для порівняння відібрано 98 пацієнтів, прооперованих 2011 року з приводу фолікулярних пухлин ЩЗ. Співвідношення ж:ч складало 4,3:1 (81 жінка та 19 чоловіків). Вік пацієнтів становив від 22 до 72 років (середній – 52,4 року).

Пацієнти різнилися за статурою – від астеніків до гіперстеників з індексом маси тіла від 23 кг/м² до 30 кг/м² (середній – 26,2 кг/м²). За даними передопераційного ультразвукового дослідження у ЩЗ усіх хворих було виявлено солітарні пухлини: у правій частці – у 46 випадках, у лівій – у 52. Розмір новоутворення коливався від 5 мм до 62 мм (середній – 37,4 мм).

Пацієнтів було розподілено на дві групи: перша – 55 осіб, у яких хірургічне втручання виконували зі стандартного доступу за Кохером; друга – 43 особи, у яких операцію проводили за мінімально інвазійним методом.

За цитологічними висновками, отриманими після проведення передопераційної ТАПБ, істотних відмінностей між двома групами не виявлено: вузол з аденоматозною гіперплазією фолікулярного епітелію (18 і 14 випадків); пухлина мікрофолікулярної будови (12 і 9 випадків); вузол з оксифільно-клітинною метаплазією (21 і 17 випадків); фолікулярна неоплазія (2 і 1 випадок); важко диференціювати між аденомою та карциномою (2 і 2 випадки відповідно).

Для статистичної оцінки результатів використано непараметричні критерії: тест Манна-Уїтні для кількісних показників (об'єм у мл, розмір у мм тощо) і точний тест Фішера для категоріальних показників (біль: є/немає; набряк: є/немає; серома: є/немає).

Доступ за Кохером довжиною від 6 мм до 8 см (залежно від будови шиї пацієнта) проводили на 3 см вище від яремної вирізки, від медіального краю лівого груднино-ключице-сосцеподібного м'яза до медіального краю правого. Розтинали шкіру, підшкірно-жирову клітковину та підшкірний м'яз. По білій лінії розтинали та відводили у бік передтиреоїдні м'язи. Після перетину перешийка виконували гемітиреоїдектомію.

Мінімально інвазійний метод виконували із розтину довжиною від 2 мм до 4 см (залежно від будови шиї пацієнта) по природній шкірній складці на різній відстані від ключиці, по перед-

ній поверхні груднино-ключице-сосцеподібного м'яза. Розтинали шкіру, підшкірно-жирову клітковину та підшкірний м'яз. Потім розтинали фасціальний листок по латеральному краю передтиреоїдних м'язів; останні відводили медіально, відкриваючи доступ до латерального краю частки ЩЗ. Виконували гемітиреоїдектомію. Перешийок перетинали в останню чергу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Порівняння хворих двох груп за статтю, віком, типом будови тіла не виявило істотних відмінностей. Середній розмір новоутворення був дещо більшим у першій, ніж у другій групі (44,1 мм і 32,2 мм відповідно), але ця різниця не була вірогідною ($p=0,265$).

Для порівняння результатів хірургічного втручання за вказаними методиками було обрано такі критерії оцінки: тривалість операції; інтраопераційна крововтрата; пошкодження поворотного гортанного нерва; гіпокальціємія; тривалість поопераційного дренивання системою активної аспірації та кількість ексудату; кількість пацієнтів із поопераційним набряком; кількість пацієнтів із серомою, яка вимагала щоденного пунктування рани; кількість пацієнтів, які потребували знеболювання на другу добу по операції; кількість поопераційних ліжко-днів. Крім цього, через три місяці по операції за шкалою від 1 до 5 балів пацієнти суб'єктивно оцінювали якість поопераційного рубця. Враховуючи, що для виконання обох типів хірургічного втручання використовували стандартне обладнання,

орієнтовної оцінки вартості процедури не проводили.

Як видно з отриманих даних, результати застосування стандартного та мінімально інвазійного методів за обсягом інтраопераційної крововтрати, тривалістю дренивання, частотою пошкодження поворотного гортанного нерва та гіпокальціємії практично не різнилися (табл. 1).

Разом із тим, мінімально інвазійний метод мав суттєві переваги, а саме: меншу тривалість операції, меншу кількість ексудату в дренажі, менший відсоток розвитку поопераційного набряку рубця, відсутність розвитку сероми. Значно менше пацієнтів цієї групи потребували знеболювання на другу добу по операції. Зменшення зазначених показників привело до зниження середнього показника поопераційних ліжко-днів у 3,7 разу. Звертає на себе увагу і вища суб'єктивна оцінка пацієнтами вигляду поопераційного рубця через 3 місяці по операції у групі з мінімальним розтином (табл. 1).

ВИСНОВКИ

1. Запропонований нами спосіб виконання гемітиреоїдектомії з мінімального розтину, не поступаючись за радикальністю та безпекою втручання стандартному доступу за Кохером, має переваги у вигляді меншої тривалості та травматичності процедури, а також швидшої реабілітації пацієнтів після операції.

2. Оцінка пацієнтами косметичної задоволеності від результату операції також свідчить на користь мінімально інвазійного методу. За до-

Таблиця 1

Оцінка клінічного стану хворих після проведення гемітиреоїдектомії, виконаної за стандартним і мінімально інвазійним методами

Клінічні показники	Стандартний метод (n=55)		Мінімально інвазійний метод (n=43)		Вірогідність різниці p-value
	M/n	%	M/n	%	
Тривалість операції (хв.)	66,4		39,2		0,0015
Крововтрата (мл)	56,1		45,4		0,0723
Парез (хворі)	0/55		0/43		-
Гіпокальціємія (хворі)	0/55		0/43		-
Дренивання (дні)	1/55	1,8	1/43	2,3	1,0000
Кількість ексудату (мл)	60,3		40,1		0,0003
Набряк (хворі)	17/55	30,9	2/43	4,6	0,0015
Серома (хворі)	6/55	10,9	0/43	0	0,0333
Біль (хворі)	37/55	67,3	3/43	7,0	<0,0001
Ліжко-дні	4,8		2,1		0,0004
Оцінка пацієнта (бали)	3,1		4,5		0,0123

тримання інших рівних умов мінімальний дефект шкіри після операції може виявитися вирішальним у виборі пацієнтом запропонованого способу виконання хірургічного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Брейдо И.С.* Хирургическое лечение заболелый щитовидной железы. – СПб.: Гиппократ. – 1998. – 336 с.
2. *Ендокринологія / Видання друге.* За ред. П.М. Боднара. – Вінниця: Нова Книга. – 2010. – 464 с.
3. *Хирургическая эндокринология / Руководство.* Под редакцией А.П. Калинина., Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. – СПб.: Питер. – 2004. – 960 с.
4. *Чернышов С.В.* Спосіб мінімально інвазивного доступу до щитоподібної залози // патент №54522. – Бюл. № 1. – 2010.
5. *Choe J.H., Kim S.W., Chung K.W.* Endoscopic thyroidectomy using a new bilateral axillo-breast approach // *World J. Surg.* – 2007. – №3. – P. 601-606.
6. *Duncan T.D., Rashid Q., Speights F.* Endoscopic transaxillary approach to the thyroid gland: our early experience // *Surg. Endosc.* – 2007. – №21. – P. 2166-2171.
7. *Henry J.F., Sebag F.* Lateral endoscopic approach for thyroid and parathyroid surgery // *Ann Chir.* – 2006. – №131. – P. 51-56.
8. *Kitano H., Fujimura M., Kinoshita T.* Endoscopic thyroid resection using cutaneous elevation in lieu of insufflation // *Surg. Endosc.* – 2002. – №16. – P. 88-91.
9. *Palazzo F.F., Sebag F., Henry J.F.* Endocrine surgical technique: endoscopic thyroidectomy via the lateral approach // *Surg. Endosc.* – 2006. – №20. – P. 339-342.
10. *Shimizu K, Tanaka S.* Asian perspective on endoscopic thyroidectomy – a review of 193 cases // *Asian J. Surg.* – 2003. – №26. – P. 92-100.
11. *Tronko M., Bogdanova T., Komisarenko I. et al.* Thyroid cancer in Ukraine after the Chernobyl catastrophe: 25-year experience of follow-up. In: Nakashima M., Takamura N., Suzuki K., Yamashita S., editors. A challenge of radiation health risk management. Nagasaki: Newspaper Publish. – 2012. – P. 239-244.
12. *Usui Y., Sasaki T., Kimura K.* Gasless endoscopic thyroid and parathyroid surgery using a new retractor // *Surg. Today.* – 2001. – №31. – P. 939-941.

РЕЗЮМЕ

Сравнительная оценка стандартного и минимально инвазивного методов выполнения гемитиреоидэктомии при фолликулярных опухолях щитовидной железы
С.В. Чернышев

Проведена сравнительная оценка выполнения оперативного вмешательства на щитовидной железе в объеме гемитиреоидэктомии из стандартного доступа по Кохеру и минимально инвазивным методом. Установлено, что минимально инвазивный метод имеет существенные преимущества в виде меньшей длительности операции, меньшего количества экссудата в дренаже, меньшей частоты развития послеоперационного отека рубца, отсутствия развития серомы. Значительно меньше пациентов после применения минимально инвазивного метода нуждались в обезболивании на вторые сутки после операции. Уменьшение этих показателей привело к снижению среднего послеоперационного койко-дня в 3,7 раза. Более высокой была субъективная оценка пациентами вида послеоперационного рубца через 3 месяца после операции в группе с минимально инвазивным разрезом.

Ключевые слова: щитовидная железа, гемитиреоидэктомия, минимально инвазивная хирургия.

SUMMARY

Comparative evaluation of standard procedure and minimally invasive hemithyroidectomy in follicular tumors of the thyroid gland
S. Chernyshov

A comparative evaluation of the surgery on the thyroid gland in the volume of the standard hemithyroidectomy by Kocher's access and minimally invasive approach was done. It was determined that minimally invasive approach has significant advantages, such as: shorter duration of the operations, fewer fluid to drain, a smaller percentage of postoperative edema of the scar, the absence of seroma. Significantly lower number of patients in the minimally invasive access needed for analgesia on the second day after the operation. Reducing the above indicators has led to a decrease in the average postoperative hospital-days stay in 3.7 times. Noteworthy as well as higher subjective assessment of patients from scar at 3 months after surgery in the group with a minimally invasive access.

Key words: thyroid, hemithyroidectomy, minimally invasive surgery.

Дата надходження до редакції 10.09.2013 р.