

## ХІРУРГІЯ

Люлька О.М.

## СПОСІБ ЕКСПОЗИЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ЗАПРОПОНОВАНО СПОСІБ ЕКСПОЗИЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ, що включає маркування лінії розрізу в проекції нижньої шийної зморшки за допомогою нитки з шовного матеріалу №0 або №00 після введення в наркоз у положенні хворого на спині із закинutoю головою, відшарування та відгортання в анатомічно однорідних шарах доверху та донизу шкірно-підшкірно-фасціальних клаптів разом із передніми яремними венами. Спосіб відрізняється тим, що необхідний операційний простір створюється без збільшення розмірів розрізу шкіри та у більшості випадків без поперечного пересічення передтиреоїдних м'язів. Рухомість обох клаптів дозволяє досягти чіткості зіставлення шкіри та шарів передньої поверхні шиї при зашиванні операційної рани. Зменшується вірогідність запалення та набряку верхнього клаптя у післяопераційному періоді. Використання способу експозиції щитоподібної залози при операціях з приводу зобу у 54 хворих дозволило покращити косметичні результати оперативного лікування, зменшити кількість післяопераційних ускладнень рани та рубця.

СПОСОБ ЭКСПОЗИЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – Предложен способ экспозиции щитовидной железы, включающий маркировку линии разреза в проекции нижней шейной морщины при помощи нити из шовного материала № 0 или № 00 после ввода в наркоз в положении больного на спине с закинутой головой, отслоение и оттягивание в анатомически однородных шарах сверху и снизу кожного-подкожно-фасциальных лоскутов вместе с передними яремными венами. Способ отличается тем, что необходимый операционный простор создается без увеличения размеров разреза кожи и в большинстве случаев без поперечного пересечения передтиреоидных мышц. Подвижность обоих лоскутов позволяет достичь четкого сопоставления кожи и слоев передней поверхности шеи при зашивании операционной раны. Уменьшается вероятность воспаления и отека верхнего лоскута в послеоперационном периоде. Использование способа экспозиции щитовидной железы при операциях по поводу зоба у 54 больных позволило улучшить косметические результаты оперативного лечения, уменьшить количество послеоперационных осложнений раны и рубца.

**Ключові слова:** експозиція, доступ, післяопераційний рубець.  
**Ключевые слова:** экспозиция, доступ, послеоперационный рубец.

**ВСТУП.** З кінця 19-го століття розпочинається історія хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози (ЩЗ). Принципи проведення оперативних втручань, що були запропоновані Т. Кохером, набули подальшого удосконалення та розвитку у роботах Микуліча, Мартинова, Ніколаєва. Незважаючи на постійний інтерес науковців до цієї проблеми, певні технічні аспекти залишились незмінними до теперішнього часу і відповідають сучасним вимогам хірургії [2,4,5]. Але, у зв'язку з розширенням уявлень щодо особливостей різних форм зобу, збільшенням діагностичних можливостей сучасних методів дослідження ЩЗ, до хірургічного методу лікування висуваються нові вимоги. Ураховуючи, що ділянкою проведення операції є передня поверхня шиї, тобто зона підвищеної косметичної уваги, необхідно дотримуватись принципів косметичності та запобігати невиправданому збільшенню розрізу з метою компенсації малих розмірів операційного поля, якщо цього не потребують онкологічні показання [1,2,4,6]. Також суттєвим доповненням до передопераційного обстеження, а інколи і вирішальним, є уявлення щодо топографо-анатомічних взаємовідносин ЩЗ з оточуючими тканинами і структурами шиї та макроскопічні особливості патологічних змін [3]. Розташування в ділянці проведення операції життєво важливих утворень, пошкодження яких призводить до інвалідизації або смерті хворого, вимагає від хірурга надійного візуального контролю за виконанням втручання. Однією з умов успішного вирішення цих проблем є адекватна експозиція ЩЗ під час оперативного втручання, яка визначається

особливостями доступу [1]. Існує декілька хірургічних доступів до ЩЗ, які відрізняються між собою методами маркування лінії розрізу, розташуванням та довжиною розрізу шкіри, ступенем відшарування м'яких тканин, показаннями до пересікання передтиреоїдних м'язів тощо [1,2,4,5,6,7]. Але слід зауважити, що у кожного з них переваги з одного боку супроводжуються недоліками з іншого.

Нами було поставлено завдання розробити анатомічно обгрунтований хірургічний доступ до ЩЗ, що забезпечив би достатню експозицію органа та мав би гарний косметичний ефект за рахунок ретельного зіставлення шарів передньої поверхні шиї, зменшення запальних явищ уздовж післяопераційної рани; був би простим у виконанні.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.** Поставлене завдання вирішувалось проведенням маркування лінії розрізу за допомогою нитки з шовного матеріалу шляхом витискання на шкірі шиї борозенки в проекції нижньої шийної зморшки у положенні хворого на спині з закинutoю головою після введення у наркоз. Збільшення оперативного простору досягалось відшаруванням доверху та донизу шкірно-підшкірно-фасціальних клаптів в анатомічно однорідних шарах та розведенням у сторони по середній лінії шиї передтиреоїдних м'язів. Теоретичне обгрунтування нового способу ми бачимо в тому, що одночасно здійснюється відшарування обох клаптів, разом з передніми яремними венами, не порушуючи кровотока лімфопостачання. Завдяки цьому у післяопераційному періоді не спостерігався набряк клаптів, чим покращувалось зіставлення країв рани та прискорювався процес загоєння.

Суть методу полягає у наступному. Перед розтинанням шкіри, при відсутності асиметрії передньої поверхні шиї через зоб, проводили маркування лінії розрізу шляхом витискання на шкірі шиї ниткою з шовного матеріалу №0, №00 вузької борозенки в проекції нижньої шийної зморшки або при невизначенні останньої – на 2-2,5 см вище верхнього краю яремної вирізки. Утворена борозенка мала незначно вигнуту форму з випуклістю донизу. Робили розріз шкіри, підшкірної клітковини, поверхневої фасції та підшкірного м'яза. Краї розрізу доходили при зобі 2-3 ступенів – до рівня внутрішньої третини кивальних м'язів, 3-4 ступенів – до середини, 4-5 ступенів – до зовнішньої третини. Оголювалась 2-га фасція шиї з передніми яремними венами, що проходять під нею. Біля вен фасція надсікалась, вени виділялись, перетискались, пересікались та перев'язувались під затискачами капроною лігатурою. Далі пересікалась у поперечному напрямку до кутів рани 2-га фасція та передній листок 3-ї фасції шиї. Після цього відшаровували шкірно-підшкірно-фасціальні клапті. Верхній – до висоти розташування верхніх полюсів часток, нижній – до рівня верхнього краю вирізки груднини. Кукси пересічених яремних вен додатково лігували вузловим швом з прошиванням на відстані 0,5 см від попереднього. Обгортаючи серветки фіксували окремими вузловими швами до фасції, не травмуючи підшкірну клітковину. Пересічення фасції до країв відшарованих шкірно-підшкірно-фасціальних клаптів по середній лінії шиї (білій лінії шиї) дозволяло оголити ЩЗ. Подальша мобілізація досягалась роз'єднанням вказівним пальцем зрощень між листком 4-ої фасції, що охоплює залозу у вигляді футляра, та оточуючими тканинами. Необхідний оперативний простір досягався відве-

денням гачками Фарабефа передтиреоїдних м'язів без надмірного зусилля та травмування м'яких тканин.

Серед 54 хворих з патологією ЩЗ, оперованих із застосуванням розробленого способу експозиції, зоб 2-го ступеня спостерігався у 3 (5,6%) хворих, 3-го ступеня – у 38 (70,4%), 4-го – у 13 (24%). Рецидивний зоб був у 2 пацієнтів середній вік хворих становив  $47,9 \pm 1,5$  років.

До контрольної групи увійшли 48 хворих, що були оперовані за загальноприйнятою методикою експозиції ЩЗ з аналогічним розташуванням розрізу шкіри, але відшаруванням шкірно-підшкірних клаптів. Зоб 2-го ступеня збільшення був у 3 (6,3%) хворих, 3-го – у 28 (58,3%), 4-го – у 16 (33,3%) та 5-го – у 1 (2,1%) хворого. Середній вік хворих –  $46,4 \pm 2,0$  років. Рецидивний зоб спостерігався у 6 пацієнтів цієї групи. Усвідомлюючи, що розміри зобу потребували відповідного відшарування клаптів, підвищуючи травматичність операції, достовірної різниці у ступені збільшення ЩЗ між групами не спостерігалось ( $p > 0,05$ ).

Експозиція ЩЗ при рецидивному зобі при будь-якому способі доступу через порушення анатомо-топографічних взаємозв'язків між тканинами у ділянці операції була значно ускладнена.

Середні значення розміру розрізу шкіри у досліджуваній та контрольній групах склали  $7,3 \pm 0,1$  см та  $8,1 \pm 0,2$  см відповідно ( $t=3,369$ ).

Повне або часткове перетинання передтиреоїдних м'язів при будь-якому доступі вважали вимушеною маніпуляцією через збільшення травматичності оперативного втручання. У досліджуваній групі це склало 31 (44,4%) випадков, у контрольній – 24 (64,6%). Серед причин слід зазначити:

1. Виразений спайковий процес в ділянці оперативного втручання.

2. Надмірно великі розміри зобу, що призвело до деформування м'язів, порушень їх структури та функції.

3. Атипове розташування зобу (підщелеповий, позагруднинний простір).

4. Невираженість власної капсули ЩЗ (спонукає процес субфасціального накладання затискачів на судини контролювати візуально).

В обох групах хворих під час операції використовували лише штучні шовні матеріали (капрон, шовк, дексон).

Дренування післяопераційних ран проводили шляхом проведення гумового стрічкового дренажу від кукс або порожнин резектованих часток ЩЗ через перфорований фасціальний прошарок між зовнішніми краями передтиреоїдних та внутрішніми – кивальних м'язів та виводили на шкіру між швами поблизу кутів рани.

Після операції дренажні засоби видаляли на першу добу, при необхідності залишали ще на одну. Шви з рани при неускладненому перебігу післяопераційного періоду знімали на 4-5-ту добу, у хворих старших вікових груп – на 5-6.

Ефективність застосування різних методів експозиції ЩЗ оцінювали за наявністю специфічних ускладнень та косметичної якості післяопераційних рубців.

Отримані дані обробляли методом варіаційної статистики за Стьюдентом.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Летальних випадків не було в жодній групі хворих. Також не спостерігалось кровотеч та нагноєнь післяопераційних ран. Серед інтраопераційних специфічних ускладнень у контрольній групі хворих при рецидивному зобі у одному випадку була травмована трахея.

У післяопераційному періоді серед факторів, що впливають на загоєння рани та формування післяопераційних рубців, ми досліджували: тривалість та інтенсивність ексудації з рани; наявність набряку в ділянках відшарованих клаптів як наслідку порушення крово- та лімфообігу, та гіперемії рани як прояву запального процесу в ній.

У контрольній групі набряк верхнього клаптя визначався у 9 (18,75%) хворих, у 4 з них – поєднувався з гіперемією шкіри. Серед хворих, оперованих з використанням розробленого способу експозиції ЩЗ, у 6 (11,1%) випадках був набряк верхнього клаптя післяопераційної рани без гіперемії.

У 7 (14,6 %) хворих контрольної групи та у 5 (9,3%) з досліджуваної продовжувалось виділення серозного ексудату після зняття швів. Щоб запобігти скупченню рідини виконували через місце розташування дренажу ревізію післяопераційної рани гудзикуватим зондом та евакуацію вмісту.

Оцінюючи якість післяопераційних рубців ми поділяли їх на фізіологічні та гіпертрофічні. Келоїдних рубців серед досліджених хворих не спостерігалось. Добрими косметичними результатами вважали наявність фізіологічних рубців, задовільними – наявність гіпертрофічних, які не деформують передню поверхню шиї. Фізіологічні рубці характеризувались лінійною формою, не виступали над поверхнею шкіри, майже не відрізнялись за кольором від шкіри, мали однакову товщину на всьому протязі, не були спаяні з оточуючими тканинами. Серед фізіологічних рубців, залежно від товщини, виділяли нормальні, з товщиною до 1 мм, та широкі, товщиною до 2 мм. Гіпертрофічні рубці мали лінійну форму, м'яку консистенцію, не були спаяні з оточуючими тканинами, незначно виступали над поверхнею, не деформували передню поверхню шиї. До цієї групи віднесено також випадки потовщення рубців в ділянках розташування дренажного засобу, місці шкірного шва.

Серед хворих, що були оперовані з використанням нашого методу експозиції ЩЗ, фізіологічні рубці визначені у 94,3% пацієнтів через 1,5-3 роки після оперативного втручання. У інших 5,7% - гіпертрофічні. У контрольній групі ці показники склали відповідно 85,7% та 14,3%.

Основними причинами виникнення гіпертрофічних рубців вважаємо:

1. Довготривала ексудація з рани.
2. Використання для дренування марлевих смужок, дренуючих трубок.
3. Пізнє видалення дренажних засобів з рани.
4. Надмірне затягування шкірних лігатур при зашиванні рани.
5. Атипове розташування розрізу шкіри.
6. Неточне зіставлення анатомічних прошарків рани, країв шкіри при зашиванні.
7. Запальні явища в ділянці рани (набряк клаптів, гіперемія шкіри в зоні відшарованих клаптів).

**ВИСНОВКИ.** 1. Розроблений спосіб експозиції ЩЗ дозволяє без збільшення розмірів розрізу досягти адекватного операційного простору для досконалої макроскопічної діагностики та створити умови для виконання операції під постійним візуальним контролем.

2. Застосування даного методу експозиції дозволяє досягти чіткості при зіставленні країв рани за рахунок рухомості обох клаптів і одночасно зменшити вірогідність запалення та набряку верхнього клаптя через порушення кровообігу у ньому.

3. Таким чином, клінічні дослідження продемонстрували істотні переваги розробленого способу експозиції ЩЗ, що дозволяє рекомендувати його для широкого клінічного використання.

1. Черненко М. П. Осложнения при операциях на щитовидной железе. – Киев: Здоров'я, 1977. – 110 с.
2. Брейдо Й. С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. – Л.: Медицина, 1979. – 237 с.
3. Комісаренко І. В., Шідловський В. О., Дейкало І. М. Топографо-анатомічне обґрунтування принципів оперативних втручань на щитоподібній залозі // Шпитальна хірургія. – 2000. – № 3. – С. 113-116.
4. Нарычев А. А. Токсический зоб. – М.: Медицина, 1971. – 195 с.
5. Зографски С. Эндокринная хирургия. – София: Медицина и физкультура, 1977. – С. 52-234.
6. Шамрей Г. П., Дейбук Г. Д., Білоокій В. В., Шеремет М. І. Сучасні підходи до показів та техніки оперативних втручань при деяких захворюваннях щитоподібної залози // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – Т. 2. – С. 395-396.
7. Скрипниченко Д. Ф., Кривицкий Д. И. Хирургическое лечение токсического зоба. – К.: Здоров'я, 1976. – 165 с.
8. Пат. 42165 UA, A61 B17/00. Спосіб експозиції щитоподібної залози та дренування післяопераційної рани при операціях з приводу зобу / Ковальов О. П., Люлька О.М. - № 2000074039; Заявл. 10.07.2000; Опубл. 15.10.2001; Бюл. №9.