

УДК 616.441-006.5-089

**ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ
ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ
НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

Рябченко Евгений Викторович – к.м.н.
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Краснодар, Россия*

Дремлюга Николай Владимирович
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Краснодар, Россия*

В работе представлен первый опыт видеоассистированного вмешательства на щитовидной железе с помощью минимально инвазивной видеоассистированной техники (МИВАТ), которое было выполнено у 5 пациентов с диагнозом фолликулярная опухоль.

Ключевые слова: МИВАТ, ТИРЕОИДЭКТОМИЯ, ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ ОПУХОЛЬ

UDK 616.441-006.5-089

**PRELIMINARY EXPERIENCE
IN MINI- INVASIVE VIDEOASSISTED
THYROIDECTOMY**

Ryabchenko Evgenii Victorovich – MD
*SBIHC Krai clinic hospital Nr.2,
Krasnodar, Russia*

Dremluga Nikolay Vladimirovich
*SBIHC Krai clinic hospital Nr.2,
Krasnodar, Russia*

The study presented the own first experience of Minimally Invasive Videoassisted Technique (MIVAT) in the treatment of thyroid disease that was performed in 5 patients with follicular neoplasm.

Key words: MIVAT, THYREOIDECTOMY, FOLLICULAR TUMOR

В хирургии щитовидной железы за последние годы серьезным конкурентом стали эндоскопические и видеоассистированные вмешательства – минимально инвазивная видеоассистированная тиреоидэктомия (МИВАТ) [1, 2]. Одним из наиболее частых показаний к операции на щитовидной железе является выявление у пациента фолликулярной опухоли – узла щитовидной железы, доброкачественный характер которого подвергается сомнению. Примерно в 15 % случаев узлы щитовидной железы, при цитологическом исследовании материала которых ставится диагноз «фолликулярная опухоль», являются злокачественными опухолями – фолликулярными карциномами [7]. По существующим стандартам, подобные узлы необходимо удалять оперативным путем совместно с той долей щитовидной железы, в которой локализуется узел. Во многих случаях фолликулярные опухоли можно удалить через разрез на коже длиной в 2–3 см [3, 4]. Малотравматичные вмешательства проводятся только с использованием видеотехники, поэтому называются видеоассистированными. Наиболее прогрессивным методом видеоассистированного удаления щитовидной железы является вмешательство по методу профессора Paolo Miccoli (Италия) [1, 2, 3]. Выполнение подобных вмешательств возможно только в специализированных клиниках эндокринной хирургии, имеющих значительный опыт операций на щитовидной железе. Во время видеоассистированного вмешательства, как и при «классической» операции, проводится контроль состояния возвратных нервов и околощитовидных желез [5, 6].

Мы представляем наш первый опыт выполнения видеоассистированной гемитиреоидэктомии, выполненной в отделении эндокринной хирургии по методике, представленной и разработанной профессором Paolo Miccoli (Италия) [1, 2].

Материал и методы. С июля по ноябрь 2012 г. было прооперировано 5 пациентов с диагнозом фолликулярная опухоль по данным тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) (табл. 1).

Таблица 1 – Пациенты, отобранные для проведения МИВАТ

№	Возраст, лет	Диаметр узловых образований, см	Диагноз по данным ТАБ
1	28	1,0	Фолликулярная опухоль
2	35	2,5	Фолликулярная опухоль
3	47	2,7	Фолликулярная опухоль
4	34	3,5	Фолликулярная опухоль
5	42	2,0	Фолликулярная опухоль

Все пациенты были информированы о технике выполнения МИВАТ и возможных осложнениях, а также были определены критерии отбора пациентов по показаниям для выполнения оперативного вмешательства (табл. 2).

Таблица 2 – Критерии отбора пациентов для проведения МИВАТ

Показания	Противопоказания	
	абсолютные	относительные
Узлы – менее 3,5 см	Хирургические вмешательства на шее в прошлом	Предшествующее облучение
Объем железы – менее 25 мл	Зоб больших размеров	Гипертиреозидизм
Доброкачественная или низкой степени злокачественности фолликулярная неоплазия	Наличие метастазов	Тиреоидит
Папиллярная карцинома		

Всем пациентам проводили предоперационный осмотр. В наших случаях мы определяли узлы диаметром до 3 см. Разрез кожи делали выше яремной вырезки на 2 см длиной 1,5–2,0 см. Рассечение платизмы выполняли с последующим разрезом по белой линии, используя первый

ретрактор, выделяли мышцы и в последующем успешно мобилизовали долю щитовидной железы. При проведении видеоассистированных операций на щитовидной железе применяли специальный хирургический инструментарий и оптические системы производства компании Karl Storz, гармонический скальпель производства компании Ethicon. С помощью специальных инструментов для МИВАТ мы отделяли долю щитовидной железы от мышцы. В это время эндоскопическую камеру (30 мм увеличение) заводили через кожный разрез – 5 мм. Операцию начинали с того, что после предварительной идентификации верхнего гортанного нерва и верхней паращитовидной железы пересекали и одновременно коагулировали все сосуды, питающие удаляемую долю, т.е. выделяли верхний полюс щитовидной железы, боковую вену. Это значительно облегчало дальнейшие манипуляции, так как после этого доля становилась значительно подвижнее.

Только после уверенности в том, что гортанные нервы и паращитовидные железы не повреждены, выполняли мобилизацию боковой доли щитовидной железы и ее удаление. Перешеек мобилизовали и отделяли от трахеи как при традиционной операции. После повторной ревизии возвратного гортанного нерва операция заканчивалась. При тиреоидэктомии аналогичные вмешательства выполняют и на противоположной доле. После гемостаза разрез ушивают. Мы никогда не дренировали остаточную полость. Во всех случаях в послеоперационном периоде определяли уровень кальция в крови.

Полученные результаты и выводы

Результаты гистологического исследования удаленной ткани щитовидной железы показали, что в четырех случаях при морфологическом исследовании обнаружена фолликулярная аденома и в одном случае – гюртлеклеточная опухоль. Средняя длительность операции

составляла 45 ± 14 мин. Нами не было зарегистрировано транзиторной гипокальциемии и парезов. Косметический результат отмечен всеми пациентами как превосходный (см. рис.).

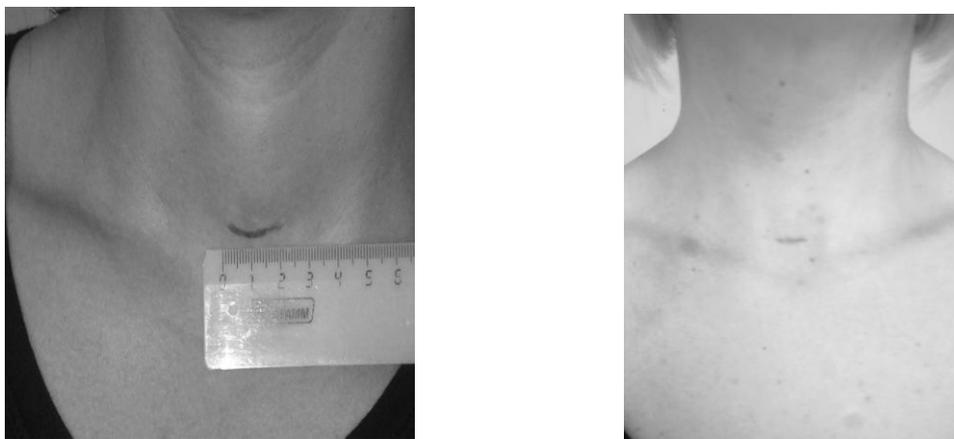


Рисунок. Косметический результат после выполненной МИВАТ

Большинство пациенток эндокринного хирурга – женщины, поэтому косметический результат операции для пациенток очень важен. Видеоассистированные операции на щитовидной железе имеют ряд преимуществ перед стандартными вмешательствами:

- меньший разрез;
- меньший период восстановления после операции;
- слабо выраженный послеоперационный болевой синдром;
- хороший косметический результат.

Относительным недостатком метода являются повышенная техническая сложность операции, высокая стоимость оборудования. Следует отметить, что вопрос выбора методики проведения операции («классическая» или видеоассистированная) должен решаться во время консультации оперирующего хирурга. Видеоассистированная операция имеет ряд преимуществ, однако, в ряде случаев «классическая» операция на щитовидной железе может быть наиболее предпочтительна. Клиники,

использующие все виды оперативных технологий, располагают возможностью разумного выбора наиболее подходящего вида вмешательств, поэтому пациенту будет предложен именно тот вид операции, который будет для него оптимальным.

Список литературы

1. *Miccoli P., Berti P., Conte M. et al.* Minimally invasive surgery for small thyroid nodules: preliminary report // *J. Endocrinol. Invest.* 1999; 22: 849–51.
2. *Miccoli P., Berti P., Raffaelli M., Conte M., Materazzi G., Galleri D.* Minimally videoassisted thyroidectomy // *Am J. Surg.* 2001; 181: 567–70.
3. *Miccoli P., Bellantone R., Mourad M., Walz M., Berti P., Raffaelli M.* Minimally invasive video assisted thyroidectomy: a multi institutional experience // *World. J. Surg.* 2002; 26: 972–5.
4. *Barczynski M., Cichon S., Konturek A., Cichon W.* Preliminary experience with minimally invasive video assisted thyroidectomy // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2004; 14 (6): 14–5.
5. *Osmak-Tison L., Rougard P.* Videoassisted and endoscopic parathyroidectomy and thyroidectomy // *Annales de Chirurgie.* 2005; in press.
6. *Miccoli P., Berti P., Raffaelli M., Materazzi G., Baldacci S., Rossi G.* Comparison between minimally invasive videoassisted thyroidectomy and conventional thyroidectomy: a prospective randomized study // *Surgery.* 2001; 130: 1039–43.
7. *De Jong S.* What's new in general surgery: endocrine // *J. Am Coll. Surg.* 2003; 197: 436–43.