

УДК 616.441-031.2:617.53] - 089

А.Г. Высоцкий¹, Ю.А. Сидоренко², С.И. Гюльмамедов², С.Ю. Китов²**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького²Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Оперировано 105 пациентов с патологией щитовидной железы шейно-медиастинальной локализации. Хирургический доступ и объем оперативного вмешательства избирался исходя из данных дооперационного обследования. В 96,3% для удаления медиастинального компонента было достаточно шейного доступа, который в 3,7% был дополнен частичной продольной стернотомией. Экстрафасциальная методика хирургического вмешательства обеспечивает радикальность операции. Операционной летальности не было, количество послеоперационных осложнений снижено до 5,7%.

Ключевые слова: щитовидная железа, шейно-медиастинальная локализация, хирургическое лечение.

Тиреоидная патология шейно-медиастинальной локализации (ТПШМЛ) является достаточно распространенной – до 21% от числа пациентов, подвергнутых хирургическому лечению по поводу патологии щитовидной железы (ЩЖ) [10], и имеет устойчивую тенденцию к возрастанию как вследствие увеличения общего числа тиреопатий, так и в результате широкого применения консервативной тактики лечения узлового зоба [6].

ТПШМЛ не поддается консервативной терапии. Наличие средостенной порции ЩЖ трактуется подавляющим большинством авторов как практически абсолютное показание к хирургическому лечению [2, 3, 5, 8]. В то же время вопросы оптимальной тактики хирургического лечения ТПШМЛ до настоящего времени не нашли окончательного разрешения.

Целью работы явилось обобщение опыта оперативного лечения ТПШМЛ, а именно зоба, аденомы и рака ЩЖ, частично или полностью расположенной в средостении.

Материал и методы

Проведено хирургическое лечение 105 пациентов обоего пола возрастом от 19 до 80 лет с ТПШМЛ. Диагнозы пациентов были следующими: узловой зоб – 45 (44,1%), многоузловой зоб – 22 (21,6%), диффузный зоб – 18 (17,6%), зоб Хашимото – 4 (3,9%), рак ЩЖ – 10 (9,8%), диффузный токсический зоб – 3 (2,9%), токсическая аденома ЩЖ – 2 (2,0%), тиреоидит де Кервена – 1 (1,0%). Во всех случаях был использован комбинированный нар-

коз с искусственной вентиляцией лёгких. 12 пациентов оперированы по жизненным показаниям urgently в состоянии асфиксии, остальные – в плановом порядке, после соответствующей предоперационной подготовки. Все больные оперированы в состоянии естественного или медикаментозного эутиреоза. Хирургический доступ, тип операций и объем вмешательства определяли индивидуально в зависимости от локализации и особенностей патологического процесса и общего состояния пациента. Предпочтительным считали шейный доступ по Кохеру. В случае необходимости, когда верхняя апертура грудной клетки была полностью заблокирована ТПШМЛ (4 (3,8%) случая, из которых 3 (2,9%) – злокачественные), он дополнялся частичной продольной стернотомией.

Выполняемый объем оперативного вмешательства варьировал от резекции до экстирпации ЩЖ, при раке ЩЖ тиреоидэктомию дополняли лимфодиссекцией. Во всех случаях использовали экстрафасциальную методику удаления ЩЖ или ее части.

Результаты и обсуждение

На основании данных дооперационного (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, биопсия ЩЖ) и интраоперационного (экспресс-гистологическое исследование) обследований были выполнены следующие хирургические вмешательства: предельно-субтотальная резекция ЩЖ, в т.ч. 1 – с резекцией возвратного нерва – 17,6%; предельно-субтотальная резекция доли ЩЖ – 2,9%; суб-

тотальная резекция ЩЖ – 14,7%; субтотальная экстрафасциальная резекция доли ЩЖ, в т.ч. 2 с удалением перешейка – 26,5%; экстрафасциальная гемитиреоидэктомия, в т.ч. 3 с удалением перешейка и 1 с центральной и яремной диссекцией шеи – 12,7%; экстрафасциальная тиреоидэктомия, в т.ч. 1 с лимфодиссекцией – 8,8%; энуклеация узла, аденомы, кисты ЩЖ – 4,9%; резекция части доли ЩЖ – 11,8%. Во всех случаях хирургическое вмешательство производили из шейного доступа по Кохеру, который признается большинством авторов [4, 5] универсальным оперативным доступом при всех вариантах ТПШМЛ. У 4 (3,8%) пациентов возникла необходимость частичной продольной стернотомии вследствие значительных размеров новообразования или инвазивного роста при раке ЩЖ. Преимуществом частичной продольной стернотомии является то, что операция производится внеплеврально, создается хорошая видимость для радикального удаления медиастинального компонента ТПШМЛ, уменьшается опасность повреждения близлежащих органов и крупных сосудов, при выполнении операции достаточно визуального контроля. Необходимости в рекомендуемой некоторыми авторами полной продольной стернотомии [4], срединной стернотомии [5], переднебоковой [7] и заднебоковой (с резекцией ребра) торакотомии [1, 12], трансклавикулярного доступа [13, 14] не возникало.

Использование комбинированного наркоза с искусственной вентиляцией лёгких во всех случаях позволило произвести адекватную ревизию ложа удаленной ЩЖ, что указывает на его значительные преимущества перед предпочитаемой рядом хирургов [1, 11] местной анестезией.

Экстрафасциальная методика удаления патологически измененной ЩЖ или ее части, которая была использована при всех описываемых операциях, позволила выделить медиастинальный компонент ТПШМЛ единым блоком. Его максимальный диаметр варьировал от 5 до 12 см. Полученные данные показывают, что экстрафасциальная методика имеет бесспорные преимущества перед субфасциальной, которая широко использовалась ранее и продолжает использоваться в настоящее время. Как показал собственный опыт, согласующийся с литературными данными [9], экстрафасциальная методика:

- позволяет надежно визуализировать в процессе операции возвратный нерв и паращитовидные железы, что препятствует их повреждению;
- дает возможность производить удаление медиастинальной порции ТПШМЛ под визуальным контролем;
- обеспечивает бескровность вмешательства;
- гарантирует радикальность операции.

Благодаря указанным преимуществам экстрафасциальная методика является единственно приемлемой при хирургическом лечении рака ЩЖ.

Тщательное обследование пациентов до операции, применение общего наркоза с искусственной вентиляцией легких использование в большинстве случаев наименее травматичного шейного доступа и экстрафасциальной методики удаления ЩЖ или ее части позволило повысить безопасность хирургического вмешательства и минимизировать количество осложнений.

Послеоперационной летальности у пациентов описываемой группы, в которую вошли все оперированные в нашей клинике за последние 5 лет больные с ТПШМЛ, не было.

Послеоперационные осложнения отмечены у 6 (5,7%) больных ТПШМЛ.

У 1 пациента наблюдалось кровотечение из передней яремной вены, которая не была визуализирована во время первичной операции из-за компрессии увеличенной долей ЩЖ; для купирования кровотечения была произведена рецервикотомия с лигированием вены.

У 3 (2,9%) больных, которым была произведена тиреоидэктомия по поводу диффузного токсического зоба, наблюдалась транзиторная гипокальциемия, которая во всех случаях была полностью купирована медикаментозно в течение 4 недель.

В 1 случае при операции по поводу рака ЩЖ была определена его инвазия в возвратный нерв, что послужило причиной его иссечения с последующим односторонним парезом.

В 1 случае возникло образование гематомы в ложе удаленной ЩЖ.

Описываемых рядом авторов иных специфических осложнений после операций на ТПШМЛ, таких, как остановка дыхания, острая сердечно-сосудистая недостаточность, парез голосовых связок, парез и отек гортани,

охриплість голосу, трахеомалация, езофагальна фистула, не наблюдали.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности используемых нами подходов к лечению ТПШМЛ.

Выводы

1. При ТПШМЛ хирургический доступ и объем оперативного вмешательства должен избираться исходя из данных до- и интраоперационных исследований, а именно ультразвукового исследования, компьютерной томографии, цитологического и гистологического исследования биоптата и операционного материала.

2. В подавляющем большинстве случаев (96,3%) удаление медиастинального компонента ТПШМЛ может быть выполнено из шейного доступа, который при значительных размерах новообразования может быть дополнен частичной продольной стернотомией.

3. Экстрафасциальная методика удаления ЩЖ или ее части позволяет оптимизировать визуальный контроль операции и обеспечивает ее радикальность.

4. Оптимизация хирургического лечения ТПШМЛ позволила исключить операционную летальность и снизить количество осложнений до 5,7%, в т.ч. потребовавших хирургического купирования – до 0,9%.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТИРЕОЇДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ШИЙНО-МЕДІАСТИНАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

А.Г. Висоцький, Ю.О. Сидоренко, С.І. Гюльмамедов, С.Ю. Кітов

Оперовано 105 пацієнтів з патологією щитовидної залози шийно-медіастинальної локалізації. Хірургічний доступ і об'єм оперативного втручання обирався виходячи з даних доопераційного обстеження. У 96,3% для видалення медіастинального компоненту було досить шийного доступу, який в 3,7% був доповнений частковою подовжною стернотомією. Екстрафасціальна методика хірургічного втручання забезпечує радикальність операції. Операційної летальності не було, кількість післяопераційних ускладнень знижена до 5,7%.

Ключові слова: щитовидна залоза, шийно-медіастинальна локалізація, хірургічне лікування.

SURGICAL TREATMENT OF THYROID PATHOLOGY OF MEDIASTINAL LOCALIZATION

A.G. Vysotskiy, Y.A. Sidorenko, S.I. Gulmamedov, S.Y. Kitov

105 patients with pathology of thyroid gland of medias-

tinal localization were operated on. In 96,3% of all cases the neck approach in the removal of mediastinal component was enough and only in 3,7% - partial sternotomy was necessary. Extrafascial technique resection of thyroid gland provides the efficacy of the operation. There wasn't any perioperative lethality, the level of postoperative complications was reduced to 5,7%.

Key words: thyroid gland, mediastinum, surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы: руководство / Е.А. Валдина. – 2006. – 368 с.
2. Ларін О.С. Стандартизація підходів до лікування вузлового зобу на основі патогенетично доцільних та ефективних методів – вимога часу у сучасній ендокринології / О.С. Ларін // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2002. – № 1 (1). – С. 6-7.
3. Люлька О.М. Сучасні методи лікування вузлового зоба / О.М. Люлька // Вісник проблем біології і медицини. – 2002. – Вип. 3. – С. 109-114.
4. Особливості діагностики і лікування зобу з загруднинною локалізацією / С.П. Міхно, В.М. Мірошніченко, Л.М. Поліщук [та інш.] // Сб. научно-практических статей к 100-летию городской клин. больницы № 8. – 2004. – С. 73-74.
5. Побегалов Е.С. Диагностика и хирургическое лечение опухолей и кист средостения : учебное пособие для врачей-слушателей / Е. С. Побегалов. – 2002. – 86 с.
6. Романчишен А.Ф. Вузловий зоб шийно-загруднинною локалізацією / А.Ф. Романчишен, В.А. Колосюк, Е.А. Федоров // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2002. – № 1 (1). – С. 18-20.
7. Хірургічне лікування загруднинного та внутрішньогруднинного зоба / В.В. Пироженко, П.П. Шипулін, В.І. Байдан [та інш.] // Одеський мед. журнал. – 2001. – № 4. – С. 18-19.
8. Хірургічне лікування пацієнтів різних вікових груп із тиреоїдною патологією / В.І. Коломійцев, О.М. Сироїд [та інш.] // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2007. – № 3 (30). – С. 27-29.
9. Черенько С.М. Сучасні тенденції в діагностиці та лікуванні вузлового зобу: досвід клініки у вирішенні дискусійних питань / С.М. Черенько // Клін. ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2002. – № 1 (1). – С. 7-9.
10. Dankle Steven K. Thyroid, Substernal Goiter / Steven K. Dankle // Endocrinology. – 2007. – № 8. – P. 325-329.
11. Hedayati N. The clinical presentation and operative management of nodular and diffuse substernal thyroid disease / N. Hedayati, C. R. McHenry // Am. Surg. – 2002. – Vol. 68 (3). – P. 245-251.
12. Surgical treatment of thyroid carcinoma with the upper mediastinal invasion / J H Ge, R. L. Zhao, J.L. Hu [et al.] // Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 2004. – Vol. 39 (8). – P. 460-463
13. Transclavicular access as an adjunct to standard cervical incision in the treatment of mediastinal goiter / C. D'Alia, A. Tonante, M.G. Schiavo [et al.] // Chir. Ital. – 2002. – Vol. 54 (4). – P. 576-580.
14. Treatment approach for substernal and intrathoracic goiter. Personal experience / M. Barczynski, S. Cichon, R. Anielski [et al.] // Przegl. Lek. – 1999. – Vol. 56 (2). – P. 129-133.

Стаття надійшла 10.12.2010