

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

СБ. Дубский

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН

Эндоскопическая хирургия в короткие сроки нашла широкое применение во многих областях медицины; онкология и эндокринология не являются исключением. Основными преимуществами эндоскопического доступа к щитовидной железе являются возможность проведения диагностической эндовидеоскопии, малая травматичность хирургического вмешательства, сокращение продолжительности стационарного лечения, сроков нетрудоспособности, а также косметический эффект. Учитывая значительное преобладание женщин среди пациентов с патологией щитовидной железы, обеспечение косметического результата - одна из важных задач оперативного вмешательства.

Первая в России видеоассистированная операция на щитовидной железе через мини-доступ в объеме тиреоидэктомии выполнена в 1998 г. (Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., 1999) и была индуцирована успешным мировым опытом эндовидеоскопических вмешательств на этом органе (Nucher et al., 1997). С этого времени предложенный метод находит широкое распространение в лечебной практике различных медицинских учреждений как в нашей стране, так и в мире, поскольку перспективность данного направления оперативной хирургии уже не вызывает сомнений. Необходимость снижения травматичности операции на щитовидной железе, как и на любом другом органе, очевидна.

Большинство хирургов показанием для эндоскопических вмешательств на щитовидной железе на сегодняшний день считают солитарный узел (узлы) без признаков малигнизации, с максимальным размером до 35-40 мм; объем щитовидной железы в пределах нормы или I степени увеличения, без предшествующих оперативных вмешательств на шее или облучения области щитовидной железы, при исключенном тиреоидите (Цуканов Ю.Т. с соавт., 1999, 2001; Егиев В.Н. с соавт., 2001; Емельянов С.И. с соавт., 2001; Bellantone R. et al., 2002; Yeh T.S. et al., 2002). Ряд авторов предлагают проводить

подобные операции при высокодифференцированных аденокарциномах щитовидной железы с солитарными узлами до 2,5-3 см, исключая медулярный, низкодифференцированный рак (Voutilainen P.E. et al., 2002; Kitano M. et al., 2002; Shimizu K. et al., 2002). Основным ограничивающим фактором для применения эндовидеоскопических методик является трудность создания адекватной операционной полости, которая обеспечивала бы достаточную свободу хирургических манипуляций. Важным моментом является трудность использования газа для создания такой полости в связи с быстрым распространением его по межфасциальным клетчаточным пространствам, связанным с анатомическими особенностями шеи.

Операция, как правило, выполняется через разрез длиной 2-2,5 см между внутренними краями кивательных мышц в подщитовидном пространстве. Этот доступ предпочтительнее для выделения нижних щитовидных артерий и визуализации возвратных нервов. Больной укладывается на операционном столе так, чтобы разрез мини-доступа был в вершине треугольника, стороны которого составляют плоскости груди и шеи.

Другой предлагаемый доступ (Емельянов С.И., 2001) осуществляется по медиальному краю кивательной мышцы на уровне щитовидной железы. Разрез продляется вглубь до латерального края предтиреоидных мышц, откуда через надраз обнажается щитовидная железа. Недостатком этого способа является возможность манипуляций только с одной стороны.

Ряд авторов в отдаленном послеоперационном периоде отмечают осложнения в виде паратиреоидной недостаточности, парезов или параличей возвратного нерва до 1,5%, единичные наблюдения инфицирования раны (Bellantone R. et al., 2002; Miccoli P. et al., 2002; Eltzschig H.K. et al., 2002). Большинство хирургов не регистрировали послеоперационных осложнений.

Проблема зональной лимфаденэктомии актуальна и значима в клинической онкологии. Зона верхнего средостения часто поражается метастазами рака щитовидной железы, рото- и гортаноглотки. Радикальное удаление клетчатки верхнего средостения через шейный доступ традиционными способами практически не выполнимо. Для адекватной медиастинальной лимфодиссекции были предложены дополнительные доступы - продольная либо Г-образная стернотомия или рассечение ключицы. Ввиду травматичности эти доступы не получили широкого признания.

Для увеличения радикальности операции без существенного повышения ее травматичности предложен вариант медиастинальной лимфодиссекции через яремную вырезку под видео-ассоциированным эндоскопическим контролем. После операции на первичном очаге и шейной лимфодиссекции производится мобилизация и удаление пре- и паратрахеальной клетчатки с обеих сторон при помощи и под контролем эндоскопической аппаратуры. Показанием к подобному расширению вмешательства считается наличие регионарных метастазов в нижней трети шеи и/или средостении.

Низкая чувствительность шейных и медиастинальных лимфогенных метастазов рака щитовидной железы к лечению радиоактивным йодом после тиреоидэктомии также заставляет склониться к медиастинальной лимфодиссекции. Интра- и послеоперационных осложнений, связанных с выполнением этого этапа операции, не отмечено. Продолжительность оперирования в среднем увеличивается на 25 мин. При сроках наблюдения до 1,5 лет ни в одном случае не отмечено рецидива заболевания с локализацией в лимфатические узлы средостения.

Таким образом, анализ результатов лечения больных с заболеваниями щитовидной и паращитовидной железы с использованием метода эндовидеохирургии через мини-доступ на шее показал высокую результативность эндохирургической прецизионной щитовидной лобэктомии и тиреоидэктомии, паратиреоидэктомии и медиастинальной лимфодиссекции в плане выполнения, снижения травматичности операции, количества послеоперационных осложнений и прекрасного косметического эффекта.