

Однако он до настоящего времени мало кому известен, нуждается в глубоком изучении и популяризации.

Основными дискуссионными вопросами сегодняшнего дня в диагностике и лечении больных РЩЖ являются: ранняя диагностика фолликулярного и медуллярного РЩЖ; применение профилактической центральной ЛАЭ при $T_1N_0M_0$; обоснованность использования абляции радиоiodтерапии при $T_1N_0M_0$ и $T_2N_0M_0$; выбор объёма операции при местно-инвазивном дифференцированном РЩЖ.

Наблюдаются расширение показаний к тиреоидэктомии при T_1-T_2 и дополнение её профилактической центральной ЛАЭ, применение органосохраняющих операций при запущенном РЩЖ. Отмечено повсеместное снижение применения терапии радиоiodом при раннем РЩЖ, у детей, подростков, молодых людей и женщин детородного возраста в силу опасности побочных действий радиации. Безусловным показанием является лишь наличие отдалённых метастазов рака ЩЖ.

Основные направления развития российской эндокринной хирургии и онкологии современны и актуальны, что создаёт благоприятные условия для её дальнейшей международной интеграции и прогрессирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение дифференцированного РЩЖ. Клинические рекомендации согласительной комиссии (с небольшими сокращениями) // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2008. – Т. 167. № 3. – С. 59–62.
2. Лежнев Н. В. Зоб в России. – М.: тип. М. Борисенко, 1904. – 341 с.
3. Пирогов Н. И. Хирургический вопрос об экстирпации щитовидной железы. – Дерпт. – 1831. – С. 355–359.
4. Разумовский В. И. Повреждения и заболевания щитовидной железы. – СПб, 1903. – 58 с.
5. Романчишен А. Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желёз. – СПб: «Вести» ИПК. – 647 с.
6. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина. – Т. 20. – № 3, прил. 1. – С. 11.
7. Ainitaim A., Abouzeid M. E., Al-Sugair A. et al. No difference whether pet-ct is done while on or off thyroxine among differentiated thyroid cancer (DTC) patients with high thyroglobulin // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 129.
8. Berry J. Diseases of the thyroid gland and their surgical treatment. – London: J. & A. Churchill, 1901. – 367 p.
9. Billroth T. Die Allgemeine chirurgischen pathologie und therapie in Funfzig vorlesungen. – Berlin, 1863.
10. Boecler J. Thyroidectomy pour un goiter suffocant. Guérison par premiere intention // Mem. de la soc. de med., Strasbourg (1879–1880). – 1881. – Vol. 17. – P. 129.
11. Burns A. Observations of the surgical anatomy of the head and neck. – Edinb., 1811. – 202 p.
12. Carneiro dos Santos A. P., Reis C. F., Vieira C. U. The antibody fragment library (SCFV) generated from well differentiated thyroid tumors selected in thyroid cells // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 114.
13. Chnkrabarti A., Joseph S., Ramamurthy S. et al. Role of neck ultrasound scan to detect local recurrence in thyroid cancer patients with undetectable thyroglobulin even in the absence of thyroglobulin antibody // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 127.
14. Cramer J. D., Fu P., Harth K. C. et al. Analysis of the rising incidence of thyroid cancer using the Surveillance, epidemiology and end results national cancer data registry // Surgery. – 2010. – Vol. 148 (6). – P. 1147–1153.
15. Crile G. W. Diagnosis and treatment of diseases of the thyroid gland / W. B. Saunders. – Philadelphia, 1932. – P. 401–409.
16. Cumbroner E., Chen-Ku C. H., Chinchilla A. et al. Completeness of thyroidectomy based on postoperative thyroglobulin levels and its predictive value // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 104.
17. Dunhill T. P. Surgery of thyroid gland // Trans. med. soc. lond. – 1937. – Vol. 60. – P. 234–252.
18. Hay J. D. Does radioiodine remnant ablation really «Improve outcome» in low-risk papillary cancer patients, who have only a 1% risk of dying from the disease? // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 36.
19. Kocher T. Text-book of operative surgery. Translated by Stiles, H. J. London: A & C Black: (a) 2nd ed, 1895. – P. 99–105.
20. Lahey F. H. Routine dissection and demonstration recurrent laryngeal nerve in subtotal thyroidectomy // Surg. gynecol. obstet. – 1938. – Vol. 66. – P. 774–777.
21. McCaffrey T. V., Lipton R. J. Thyroid carcinoma invading the upper aerodigestive system // Laryngoscope. – 1990. – Vol. 100. – P. 824.
22. Moss L. UK survey of differentiated thyroid cancer management // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 147.
23. O'Toole L. Are we under-treating low risk thyroid cancer patients? // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 146.
24. Pathak K. A. Has the Use of radioactive Iodine impacted the outcome of high risk differentiated thyroid cancer // World congress on thyroid cancer. – 2009. – P. 55.
25. Rubino C., Vathaire D., Dottorini M. et al. Second primary malignancy in thyroid cancer patients // Br. j. c. – 2003. – Vol. 89. – P. 1638.
26. Thompson N. W., Olsen W. R., Hoffman G. L. The continuing development of the technique of thyroidectomy // Surgery. – 1973. – Vol. 73. № 6. – P. 913–927.
27. Witt R. What is new in the ATA (American thyroid association) guidelines // 4th World congress of International federation of head and neck oncologic societies. – 2010. – P. 203.

Поступила 10.02.2013

Е. В. РЯБЧЕНКО, Н. В. ДРЕМЛЮГА

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Отделение эндокринной хирургии государственного бюджетного учреждения здравоохранения

«Краевая клиническая больница № 2»,

Россия, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2.

Тел. 8-918-462-68-52. E-mail: rev7512@mail.ru

В работе представлен первый опыт видеоассистированного вмешательства на щитовидной железе с помощью минимально инвазивной видеоассистированной техники (МИВАТ), который был выполнен у 5 пациентов с диагнозом «фолликулярная опухоль».

Ключевые слова: МИВАТ, тиреоидэктомия, фолликулярная опухоль.

E. V. RAYBCHENKO, N. V. DREMLUGA

PRELIMINARY EXPERIENCE IN MINIMALLY INVASIVE VIDEOASSISTED THYROIDECTOMY

*Department of endocrinological surgery state institution of health «Regional clinical hospital № 2»,
Russia, Krasnodar, str. Red Partisan, 6/2.
Tel. 8-918-462-68-52. E-mail: rev7512@mail.ru*

We report our initial experience in the treatment of thyroid disease with minimally invasive videoassisted technique (MIVAT) which was performed in 5 patients with a diagnosis of follicular neoplasm.

Key words: MIVAT, thyroidectomy, follicular tumor.

В хирургии щитовидной железы за последние годы появился серьезный конкурент — эндоскопические и видеоассистированные вмешательства (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 из которых ставится диагноз «фолликулярная опухоль», являются злокачественными опухолями — фолликулярными карциномами [7]. По существующим стандартам подобные узлы необходимо удалять оперативным путем вместе с той долей щитовидной железы, в которой локализуется узел. Во многих случаях фолликулярные опухоли можно удалить через разрез на коже длиной 2–3 сантиметра [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 по методу профессора Paolo Miccoli (Италия) [1, 2].

Материалы и методы

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

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

Всем пациентам проводился предоперационный осмотр. В наших случаях мы определяли узлы диаметром до 3 см. Выполнялся разрез кожи выше яремной вырезки на 2 см, длиной 1,5–2 см. Выполнялось рассечение платизмы с последующим разрезом по белой линии. Используя первый ретрактор, мы выделяли мышцы и в последующем успешно мобилизовали долю щитовидной железы. При проведении видеоассистированных операций на щитовидной железе использовались специальный хирургический инструментарий и оптические системы производства компании «Karl Storz», гармонический скальпель производства компании «Ethicon». Используя специальные инструменты для МИВАТ, мы отделяли долю щитовидной железы от мышцы. В это время 5-мм. эндоскопическая камера (30 мм увеличение) заводилась через кожный разрез. 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,

Таблица 1

Пациенты для проведения МИВАТ

№	Возраст	Диаметр узловых образований (см)	(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

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		

выполнялись мобилизацию боковой доли щитовидной железы и ее удаление. Перешеек мобилизовался и отделялся от трахеи, как при традиционной операции. После повторной ревизии возвратного гортанного нерва операция заканчивалась. При тиреоидэктомии то же выполняют и на противоположной доле. После гемостаза разрез ушивался. Мы никогда не дренировали остаточную полость. Во всех случаях в послеоперационном периоде определялся уровень кальция крови.

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 у оперирующего хирурга.



Рис. 1, 2. Косметический результат после выполненной МИВАТ

Полученные результаты и обсуждение

Результаты гистологического исследования удаленной ткани щитовидной железы показали, что в 4 случаях при морфологическом исследовании обнаружена фолликулярная аденома и в 1 случае – Гюртклеточная опухоль. Средняя длительность операции 45 ± 14 мин. Нами не было зарегистрировано транзиторной гипокальциемии и парезов. Косметический результат отмечен всеми пациентами как превосходный (рис. 1, 2).

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

- меньший разрез;
- меньший период восстановления после операции;

Видеоассистированная операция имеет ряд преимуществ, однако во многих случаях «классическая» операция на щитовидной железе может быть более предпочтительной. 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Miccoli P., Berti P., Conte M., et al. Minimally invasive surgery for small thyroid nodules: preliminary report // J. endocrinol. invest. – 1999. – № 22. – P. 849–851.
2. Miccoli P., Berti P., Raffaelli M., Conte M., Materazzi G., Galleri D. Minimally videoassisted thyroidectomy // Am. j. surg. – 2001. – № 181. – P. 567–570.

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. – P. 972–975.

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). – P. 14–15.

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. – P. 1039–1043.

7. De Jong S. What's new in general surgery: endocrine // J. am. coll. surg. – 2003. – № 197. – P. 436–443.

Поступила 26.02.2013

**А. В. СВЕТЛИКОВ^{1,2}, А. В. КАРЕВ³, М. В. МЕЛЬНИКОВ²,
В. К. РЫЖКОВ³, Ю. М. БОРОБОВ¹, П. А. ГАЛКИН¹,
А. С. ШАПОВАЛОВ, Т. Х. ГАМЗАТОВ^{1,2}**

ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ АОРТЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

¹Отделение сосудистой хирургии клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА РФ, Россия, 194291, г. Санкт-Петербург, пр. Культуры, 4. Тел. 8-921-7555691. E-mail: asvetlikov@mail.ru;

²кафедра общей хирургии Северо-Западного государственного

медицинского университета им. И. И. Мечникова,

Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. (812) 303-50-00;

³Ленинградская областная клиническая больница,

Россия, 194291, г. Санкт-Петербург, пр. Луначарского, 45–49

В отделении сосудистой хирургии клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА РФ в период с марта 2008 г. по декабрь 2012 г. выполнено эндоваскулярное протезирование – у 51 пациента с аневризмами грудного и брюшного отделов аорты. Большинство больных были лицами пожилого и старческого возраста, отягощенными тяжелой сопутствующей патологией. В раннем послеоперационном периоде значимых осложнений и летальных исходов не наблюдалось. В отдаленном периоде двум пациентам потребовалось повторное вмешательство. Полученные данные позволяют утверждать, что лечение аневризм аорты эндоваскулярным способом может эффективно и безопасно применяться у больных с тяжелой соматической патологией.

Ключевые слова: аневризмы аорты, эндопротезирование аневризм.

**A. V. SVETLIKOV^{1,2}, A. V. KAREV³, M. V. MELNIKOV², V. K. RYZHKOV³,
Y. M. BOROBV¹, P. A. GALKIN¹, A. S. SHAPOVALOV, T. K. GAMZATOV^{1,2}**

THE EXPERIENCE OF ENDOPROSTHESIS REPLACEMENT OF AORTIC ANEURYSMS IN A MULTI-FUNCTIONAL HOSPITAL

¹Experience of aneurysm's aorta stent grafting Vascular surgery, Russia, 194291, Saint-Petersburg, str. lulture, 4. Tel. 8-921-7555-691. E-mail: asvetlikov@mail.ru;

²department L. G. Sokolov hospital № 122 FMBA I. I. Mechnikov North-West medical university,

Russia, 191015, Saint-Petersburg, str. Kirochnaya, 41. Tel. (812) 303-50-00;

³General surgery department Leningrad regional hospital,

Russia, 194291, Saint-Petersburg, ele. Lunacharskogo, 45–49

For the last 10 years there is the serious tendency of aneurysms number growth. 51 stentgrafting cases of thoracic and abdominal aneurysms at Vascular surgery Department L. G. Sokolov hospital № 122 FMBA St-Petersburg, Russia have been performed. Less than 1 day stay patients at ICU. In general patients spent 7 days at the hospital. There was no mortality. There was 2 cases of recurrent operations. 2 patients died due to other than aneurysms reasons. As the result of our experience we can suspect that stentgrafting is safe and promising procedure for patients with different accompanied diseases.

Key words: aneurysms of aorta, stentgrafting of aneurysms.

Актуальность

Частота случаев аневризм брюшной аорты колеблется от 3,0 на 100 000 населения в год среди женщин и до 117,2 на 100 000 населения в год среди мужчин [3–6]. Смертность от разрыва аневризм может достигать от 0,91 на 100 000 населения в год среди женщин до 47,1 на 100 000 населения среди мужчин [1, 2]. При этом в по-

следние десятилетия наблюдается тревожная тенденция роста числа больных с аневризмами абдоминальной аорты, несмотря на то что в целом имеется положительная динамика в качестве диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в развитых странах мира (7–8). К сожалению, летальность при осложненном течении аневризм аорты продолжает оставаться высокой.