

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Долидзе Д. Д.^{1,2}, Шабунин А. В.^{1,2}, Мумладзе Р. Б.^{1,2}, Варданян А. В.¹,
Лебединский И. Н.², Мельник К. В.¹, Варданян В. А.¹

¹ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; 125993 ул. Баррикадная, д. 2/1, Москва, Россия.

²ГБУЗ города Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы; 125284 2-й Боткинский проезд, д. 5. Москва, Россия.

Резюме. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 298 больных с различными заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ), находившихся для обследования и хирургического лечения в отделении эндокринной хирургии ГКБ им. С. П. Боткина с 2012 по 2016 гг. 147 (49,3%) больных I группы оперированы по экстрафасциальной методике с пересечением предгортанных мышц и визуализацией возвратного гортанного нерва (ГН). 151 (51,7%) пациенту II группы выполнены экстрафасциальные хирургические вмешательства из уменьшенных мигрирующих доступов с использованием современных, в том числе оригинальных методических подходов. Для профилактики пареза гортани при выделении возвратного ГН использовался микрохирургический инструментарий и увеличительные приборы. Для профилактики послеоперационного гипопаратиреоза (ПГПТ) помимо тщательного учета анатомических и топографо-анатомических особенностей применялись «стресс-тест» и метод двойной визуально-инструментальной регистрации фотосенсибилизатором индуцированной флюоресценции околощитовидных желез (ОЩЖ). В I группе больных при хирургическом лечении зафиксированы следующие осложнения: у 2 (1,4%) пациентов развился постоянный, у 8 (5,4%) транзиторный ПГПТ, а у 3 (2,0%) – временный односторонний парез гортани. Общая частота операционных осложнений составила 8,8% (13 больных). В послеоперационном периоде во II группе больных зафиксированы следующие осложнения: у 2 (1,3%) пациентов развились явления транзиторной гипокальциемии, и у 1 (0,7%) больного – односторонний парез гортани. Общая частота операционных осложнений составила 1,99% (3 пациента). Анализ косметического результата вмешательства, оценённого по шкале POSAS показал, косметический эффект был лучше во II группе ($p < 0.05$).

Таким образом, современные хирургические вмешательства у больных с объемными образованиями ЩЖ, включающие новые методические подходы, позволили улучшить результаты хирургического лечения с уменьшением количества осложнений и достижением лучшего косметического эффекта вмешательства.

Ключевые слова: хирургия, щитовидная железа, околощитовидная железа, фотодинамика, локальная спектроскопия, возвратный гортанный нерв, мигрирующий доступ.

MODERN SURGICAL INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH THYROID DISEASES

Dolidze D. D.^{1,2}, Shabunin A. V.^{1,2}, Mumladze R. B.¹, Vardanyan A. V.¹,
Lebedinskiy I.N.², Mel'nik K. V.¹, Vardanyan V.A.¹

¹ Russian Medical Academy of Postgraduate Education (RMANPO); 2/1 Barrikadnaya st., 125284, Moscow, Russia

² City Clinical Hospital named after S. P. Botkin of Healthcare Department of Moscow; 2nd Botkinskiy pr-d, 125284, Moscow, Russia

Abstract. The study is based on the analysis of the results of surgical treatment of 298 patients with various diseases of the thyroid gland, who were examined and treated in the department of endocrine surgery of the City Clinical Hospital named after S. P. Botkin from 2012 to 2016. 147 (49.3%) patients of the I group were operated on using extrafascial technique with intersection of the prelaryngeal muscles and visualization of the recurrent laryngeal nerve. 151 (51.7%) patients of group II underwent extrafascial surgical interventions from reduced migratory approaches using modern, including original, methodological approaches. For the prevention of paresis of the larynx in the allocation of recurrent laryngeal nerves, microsurgical instruments and magnifying devices were used. For the prevention of postoperative hypoparathyroidism, in addition to carefully accounting for anatomical and topographic-anatomical features, a «stress-test» and a method of double visual-instrumental recording of the parathyroid gland-induced fluorescence were used. In the first group of patients with surgical treatment, the following complications were recorded: in 2 (1.4%) patients developed permanent, in 8 (5.4%) transient postoperative hypoparathyroidism, and in 3 (2.0%) - temporary unilateral laryngeal paresis. The overall incidence of operative complications was 8.8% (13 patients). In the postoperative period, the following complications were recorded in group II: 2 (1.3%) patients developed transient hypocalcemia, and 1 (0.7%) patient had unilateral laryngeal paresis. The overall incidence of operative complications was 1.99% (3 patients). Analysis of the cosmetic result of the intervention, assessed on the POSAS scale, showed that cosmetic effect was better in group II ($p \ll 0.05$).

Thus, modern surgical interventions in patients with thyroid diseases, including new methodological approaches, have improved the results of surgical treatment with a decrease of the number of complications and achieving a better cosmetic effect of the surgical intervention.

Keywords: surgery, thyroid gland, parathyroid gland, photodynamic, local spectroscopy, recurrent laryngeal nerve, migratory access

Введение. Объемные образования ЩЖ широко распространены среди населения многих стран, особенно жителей регионов, подвергшихся радиоактивному воздействию [1,2]. Основным методом лечения больных с объемными образованиями ЩЖ – хирургический [3, 4]. В настоящее время создано множество методик операции, в том числе малоинвазивных, которые не всегда соответствуют современным требованиям, предъявляемым к качеству вмешательств [5, 6, 7].

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения больных с объемными образованиями ЩЖ путем усовершенствования оперативного вмешательства.

Материал и методы. Проведен анализ 298 больных с различными объемными образованиями ЩЖ (2 группы). I группа состояла из 147 (49,3%) пациентов, которые находились на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина с 2009 по 2012 гг. Среди них были 11 (7,5%) больных с узловым нетоксическим зобом (УНЗ), 20 (13,6%) – с аденомой ЩЖ (АЩЖ), 33 (22,4%) – с многоузловым нетоксическим зобом (МНЗ) и 83 (56,5%) – с раком ЩЖ (РЩЖ). Гемитиреоидэктомия (ГТЭ) была выполнена у 31 (20,5%) больного, тиреоидэктомия (ТЭ) – у 65 (44,2%), ТЭ с центральной лимфодиссекцией (ЦЛД) – у 29 (19,7%), ТЭ с футлярно-фасциальным иссечением (ФФИ) клетчатки шеи у – 22 (14,9%) пациентов. Соотношение мужчин и женщин составило 1:6. Средний возраст у женщин составил 49,912±12,84 лет, у мужчин – 48,54±13,31 лет. Всем пациентам данной группы были выполнены стандартные экстрафасциальные вмешательства из традиционных доступов. II группа включала 151 (51,7%) больного, находившегося в ГКБ им. С.П. Боткина с 2013 по 2016 гг. Среди них были 10 (6,6%) пациентов с УНЗ, 19 (12,58%) – с АЩЖ, 37 (24,5%) – с МНЗ, и 85 (56,3%) – с РЩЖ. ГТЭ была выполнена у 29 (19,2%) больных, ТЭ – у 67 (44,4%), ТЭ с ЦЛД – у 34 (22,5%), ТЭ с ФФИ клетчатки шеи – у 21 (13,9%) пациента. Соотношение мужчин и женщин соответствовало 1:3. Средний возраст у женщин составил 49,67±13,64 лет, у мужчин – 50,53±13,64 лет. Все пациенты оперированы по усовершенствованной методике из уменьшенных малотравматичных мигрирующих доступов с применением защитного обклада, четкой этапности, выделением во всех случаях ОЩЖ, возвратных ГН и при необходимости верхних ГН. Кроме того, на операции для идентификации ОЩЖ применялся «стресс-тест» и методика двойной фотодинамической визуально-инструментальной идентификации ОЩЖ с применением препарата Аласенс, источника синего света «Биоспек» и установки для локальной лазерной спектроскопии «ЛЭСА-01-Биоспек». Состояние послеоперационного рубца оценивалось по визуально-аналоговой шкале POSAS (Patient and observer scar assessment scale v2.0 – в модификации Vande Car 2005г.) через 6 мес. после операции.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения двух групп показал, что предложенный метод оперативного вмешательства позволяет снизить частоту осложнений с 8,8% до 1,99% (различия достоверны ($p < 0,05$)). Частота осложнений уменьшилась в 3,4 раза. При этом во II группе такие часто встречаемые осложнения, как стойкий парез гортани и постоянный ПГПТ, не зафиксированы ни у одного больного. При оценке качества рубца в I группе косметический эффект был признан отличным у 75 (51,0%) пациентов, хорошим у 62 (42,2%) и удовлетворительным у 10 (6,8%). Во II группе отличный косметический эффект был получен у 136 (90,0%) больных, хороший – у 14 (9,3%), а удовлетворительной – у 1 (0,7) пациента. Статистический анализ результатов показал, что качество операционного рубца было значительно лучше во II группе ($p < 0,05$), при этом число пациентов с отличным косметическим результатом практически в 2 раза больше, чем в I. Указанные результаты достигаются за счет уменьшенного мигрирующего доступа с возможностью его перемещения с мобилизацией на протяжении предгортанных мышц. Это позволяет выполнять безопасные хирургические манипуляции на всех отделах ЩЖ. Специальный обклад защищает кожу вокруг операционной раны от механических и термических повреждений, в результате чего улучшается косметический результат операции. Экстрафасциальное удаление ЩЖ с предварительной перевязкой или коагуляцией, и последующим пересечением вен, артерий и лимфатических сосудов непосредственно у капсулы ЩЖ уменьшает кровоточивость ткани, снижает вероятность интраоперационного кровотечения, а также позволяет сохранять ГН и ОЩЖ с питающими их сосудистыми ветвями. Способы выявления ОЩЖ с использованием «стресс-теста» и метода фотодинамической визуально-инструментальной регистрации аласенс-индуцированной флюоресценции, а также прецизионный подход, позволяют снизить риск послеоперационного гипопаратиреоза. Применение микрохирургического инструментария и увеличительных приборов при выделении возвратного ГН, особенно в области связки Берри, позволяет выполнить полноценную операцию с минимальным риском развития пареза гортани.

Заключение. Современные хирургические вмешательства из уменьшенных мигрирующих доступов с использованием разработанных методических подходов дают возможность осуществлять полноценные по объему операции с сохранением качества жизни пациентов, включающее отсутствие стойких осложнений и достижение желаемого косметического эффекта.

Список литературы:

1. Дедов И. И., Кузнецов Н.С., Мельниченко Г.А. Эндокринная хирургия. М.: Литтерра, 2014. 344 с.
2. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. СПб: Питер, 2006. 368 с.
3. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Мельниченко Г.А., Румянцев П.О., Фадеев В.В. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению (много) узлового зоба у взрослых (2015 год). Эндокринная хирургия, 2016, Т. 10, №1 с. 5-12. doi:10.14341/serg201615-12
4. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Румянцев П.О., Мельниченко Г.А. и др. Российские клинические рекомендации о диагностике и лечению высокодифференцированного рака щитовидной железы у взрослых, 2017 год. Эндокринная хирургия, 2017, Т. 11, №1 с. 6-27 doi:10.14341/serg201716-27
5. Lombardi CP, Raffaelli M, Princi P, Lulli P, Rossi ED, Fadda G et al. Safety of video-assisted thyroidectomy versus conventional surgery. Head Neck. 2005 Jan. Vol. 27. №1. P.58-64. [Medline]. doi:10.1002/hed.20118 Режимдоступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868209/>
6. Pisanu A, Podda M, Reccia I, Porceddu G, Uccheddu A. Systematic review with meta-analysis of prospective randomized trials comparing minimally invasive video-assisted thyroidectomy (MIVAT) and conventional thyroidectomy (CT). Langenbecks Arch Surg. 2013 Oct 27. [Medline]. doi:10.1007/s00423-013-1125-y Режимдоступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24162166>
7. De Napoli L, Spinelli C, Ambrosini CE, Tomisti L, Giani C, Miccoli P. Minimally Invasive Video-Assisted Thyroidectomy versus Conventional Thyroidectomy in Pediatric Patients. Eur J Pediatr Surg. 2013 Sep 2. [Medline]. doi:10.1055/s-0033-1351391 Режимдоступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24000127>

Информация об авторах.

Долидзе Давид Джонович – ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; ГБУЗ города Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы, д. м. н., профессор кафедры хирургии, тел.: 8-903-131-41-11, e-mail: ddolidzed@mail.ru

Шабунин Алексей Васильевич – ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; ГБУЗ города Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы д. м. н., профессор, зав. кафедрой хирургии, главный врач ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина. e-mail: glavbotk@yandex.ru

Мумладзе Роберт Борисович – ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; ГБУЗ города Москвы Городская клиническая больница им. С.П.

Боткина Департамента здравоохранения города Москвы д. м. н., профессор кафедры хирургии РМАПО.

Варданыян Аршак Варданович – ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; ГБУЗ города Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы д. м. н., профессор кафедры хирургии РМАПО. e-mail: vardanyan-med@yandex.ru

Лебединский Иван Николаевич – ГБУЗ города Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы, к. м. н., зав. отделением эндокринной хирургии. e-mail: ivan-lebedinskiy@mail.ru

Мельник Кирилл Викторович – ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации, аспирант кафедры хирургии, тел.: 8-(926)-188-28-40, e-mail: jimrack@mail.ru

Варданыян Виктория Аршаковна – ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, студентка 6-го курса.