

Г.Д. Дейбук, Г.П. Шамрей, В.В. Білоокій, М.І. Шеремет

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВАХ

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю.Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Описано техніка доступу до щитовидної залози без пересічення 2-ої фасції шиї, м'язів і передніх яремних вен. Із 1285 хворих 1173 оперовані за вказаною методикою, що сприяло зменшенню післяопераційних ускладнень з хорошим косметичним ефектом.

Ключові слова: щитовидна залоза, патологія, резекція; вузловий, еутиреоїдний, гіпертиреоїдний форми зобу, розтин.

Вступ. В останні роки збільшилась кількість хворих з патологією щитовидної залози (ЩЗ), що пов'язано, насамперед, із катастрофічним погіршенням екології навколишнього середовища та аварією на Чорнобильській АЕС 1986 року. Остання призвела до значного збільшення захворювання аутоімунним тиреоїдитом і злоякісними утвореннями ЩЗ [1]. Запровадження в практику пункційної біопсії щитовидної залози і цитологічного дослідження пунктату сприяло перегляду хірургічної тактики при вузлових формах зобу [2]. Невеликі вузлові утворення в ЩЗ, коли немає підозри на малігнізацію, радять лікувати консервативно, але ніде не приводяться дані про кількість вилікуваних при цій патології. Ми дотримуємось активної хірургічної тактики при вузлових формах зобу, за виключенням невеликих вузлів (до 10-15 мм). Цим пацієнтам призначаємо консервативне лікування тиреоїдними гормонами з постійним спостереженням. Активна хірургічна тактика пов'язана з тим, що при несприятливих екологічних умовах виникає не тільки первинний рак ЩЗ, але й відбувається переродження вузлових форм зобу, а також погіршується загоєння операційної рани.

Доступу до ЩЗ і техніці її резекції приділяється незаслужено мало уваги. Більшість хірургів використовують коміроподібний розтин за Кохером. Цей розтин не зовсім відповідає анатомо-фізіологічним особливостям шиї, є травматичним і залишає більш грубий рубець.

Мета дослідження. Розробити анатомо-фізіологічні доступи до ЩЗ, які були б адекватними і відповідали функціонально-косметичним вимогам.

Матеріал та методи. Розтин шкіри проводиться по нижній складці шиї на 2,5-3,5 см вище яремної вирізки. Розтин вище вказаної лінії дає поганий косметичний ефект, нижче - веде до келоїдизації післяопераційного рубця. Розтин має пряму або дещо вигнуту до низу лінію. Він проводиться перпендикулярно і симетрично до середньої лінії шиї довжиною від 4 до 6 см і тільки при значному збільшенні ЩЗ - до 8 см. Розрізається шкіра, підшкірна клітковина, перша фасція шиї і платизма. Проводиться ретельний гемостаз і обшивання рани марлевими серветками. Краї рани зміщуються доверху і донизу. При цьому звільняється друга фасція шиї, в якій проходять передні яремні

вени і лімфатичні судини. Зміщення країв рани проводиться обережно, щоб не пошкодити ці утворення. Після цього є можливість зробити розтин другої і третьої фасції шиї довжиною до 6-8 см. М'язові волокна роз'єднуються тупо по середній лінії і відводяться в боки. Для кращої мобілізації часток між м'язами і парієтальним листком капсули залози вводиться по 10-15 мл 0,25% розчину новокаїну. Після виділення часток проводять ревізію щитовидної залози. При цьому необхідно вирішити ряд завдань, основними із яких є профілактика ускладнень і попередження рецидиву захворювання [3,4]. Останнє завдання особливо важливе, так як дотримуємось тактики органозберігаючих операцій. В той же час, за останні 10 років ми переглянули тактику щодо економної резекції ЩЗ на користь розширеної, а при необхідності - субтотальної резекції. Операції на щитовидній залозі відносяться до особливо делікатних і витончених операцій, при виконанні яких неприпустимі грубі і поривчасті рухи.

Після визначення об'єму оперативного втручання під парієтальний листок 4-ої фасції шиї вводимо по 10-15 мл 0,25% розчину новокаїну з кожного боку, вона розтинається і відводиться в боки гачками Фарабефа. Вузол (або вузли) прошиваємо Z-подібним кетгутовим швом для тримачки. Перерізаємо перешийок і човникоподібно видаляємо вузол ЩЗ разом із паранодулярною тканиною для того, щоб куксу ЩЗ прикрити парієтальним листком 4-ої фасції. Ложе видалених часток промиваємо 0,25% розчином новокаїну. До кукси підводимо смужку із гумової рукавички. Для поширеного зашивання рани використовуємо розсмоктуючий шовний матеріал. Рану шкіри зашиваємо зйомними швами тонкого шовку або капрону. Випускник підтягуємо через день і видаляємо на другий день після операції.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведено аналіз оперативного втручання на ЩЗ за останні 10 років (1988-1998 роки). За цей час на вузловий і змішаний зоб оперовано 1285 хворих. Еутиреоїдний стан відмічено у 1165, тиреотоксикоз легкого і середнього ступеня важкості був у 120 хворих. Вік хворих - від 12 до 77 років. Всі оперативні втручання виконували під загальним знечуленням.

Основним методом операції була субфасціальна резекція ЩЗ. Кінцевий об'єм операції встановлювали після ревізії ЩЗ з урахуванням її функціональних і морфологічних особливостей. Хворим (120 осіб) з невеликим одиночним вузлом в одній частці ЩЗ виконали економну резекцію (видалення вузла із паранодулярною тиреоїдною тканиною). При поодиноких вузлах діаметром 4-5 см, розташованих в одній частці або вузлових утвореннях в обох частках, виконували розширену резекцію однієї або двох часток ЩЗ із залишенням макроскопічно незміненої тиреоїдної тканини по 6-7 г з кожного боку - 215 хворих. У 950 хворих виконана субтотальна субфасціальна резекція однієї або обох часток ЩЗ.

У 1173 хворих 2 фасція шиї і претрахеальні м'язи в поперечному напрямку не перерізались. Тільки у 112 хворих при дуже великих зобах, особливо коли вони розташовувалися за грудинно, вимушено частково перерізали 2 фасцію і претрахеальні м'язи (з одного боку - 64 і з двох боків - 48 разів).

Шви знімали на 3-4 день, а хворим похилого віку - на 4-5 день після операції. Розходження країв рани не спостерігалось. Раннє зняття швів сприяє тому, що через 2-3 тижні помітна тільки лінія розтину, а лінія шва стає непо-

мітною. У хворих, яким не перерізались друга фасція шиї і м'язи, набряку верхнього краю рани не спостерігали.

Ускладнення після операції виникли у 21 хворого: тимчасовий гіпопаратиреоз - у 3 хворих, одній із них було підсаджено бульйонну кісточку в прямий м'яз живота; клінічно виражений гіпотиреоз, що потребував заміної терапії, - у 12 хворих; тимчасовий парез голосових зв'язок - у 6 хворих. Летальних випадків не було.

Всім хворим після операції призначали тиреоїдні гормони протягом 3-х місяців.

Висновки.

1. Розтин другої фасції шиї по середній лінії дозволяє зберегти передні яремні вени і лімфатичні судини, що сприяє скорішому загоєнню операційної рани.

2. Делікатність щодо тканин під час операції і раннє зняття швів дає хороший косметичний ефект і зменшує перебування хворих в лікарні.

3. Витончена техніка оперативного втручання та постійний склад операційної бригади зменшує кількість інтра- та післяопераційних ускладнень.

Література. 1. Сорокман Т.В., Пишак В.П., Набухотний Т.К. Педіатричні аспекти Чорнобильської катастрофи. - Чернівці: Прут, 1998. - 252 с. 2. Тонкогольная аспирационная биопсия солитарных образований щитовидной железы /Ветшев П.С., Шкроб О.С., Чилингарида К.Е. и др. // Хирургия. - 1995. - №5. - С. 34-37. 3. Романчишен А.Ф. Пути к безопасному хирургическому лечению пациентов с заболеваниями щитовидной железы // Вестник хирургии. - 1998. - Т. 153, №3. - С. 20-22. 4. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы. - СПб: Наука, 1992. - 258 с.

CERTAIN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATHOLOGY OF THE THYROID GLAND UNDER UNFAVOURABLE ECOLOGIC CONDITIONS

G.D. Deibuk, G.P. Shamrei, V.V. Bilookyi, M.I. Sheremet

Abstract. A technique to access to the thyroid gland without sectioning of the second fascia, muscles and anterior jugular veins is described. 1173 patients out of the overall number of 1285 were operated, employing the proposed method. That contributed to the decrease of postoperative complications with a good cosmetic effect.

Key words: thyroid tissue, pathology, resection, nodal, euthyroid, hyperthyroid, incision.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
