

**НАШ ОПЫТ ВИДЕО-АССИСТИРОВАННЫХ
ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЕ НА БАЗЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №3 УЗ
«10-Я ГКБ», г. МИНСК**

Якубовский С. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Черноморец В. В., Качан Л. Н., Вовна Д. В., Корниевский Д. В.

УЗ «10-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Одной из актуальных тенденций современной хирургии является внедрение малоинвазивных технологий. Бурный прогресс в развитии эндоскопических технологий в последние годы сделал технически возможными операции на щитовидной железе (ЩЖ) через небольшой разрез на шее или из более отдаленных доступов – на передней грудной стенке, из подмышечной впадины [Linos D., 2011].

Основным преимуществом операций, выполняемых из дистанционных доступов, является полное отсутствие рубцов на шее, что обеспечивает значительный косметический эффект, а также снижение выраженности болевого синдрома и сроков временной нетрудоспособности.

Цель. Описание нашего опыта применения малоинвазивных операций на ЩЖ методом видеоассистированной хирургии шеи – VANS (VideoAssisted Neck Surgery) в УЗ «10-я ГКБ», сравнение полученных результатов с литературными данными.

Материалы и методы. Показаниями к операции являлись наличие узлового зоба с диаметром образования не более 3,5 см (подозрение на аденому ЩЖ, токсический узел и, в отдельных случаях, коллоидный узел) и объемом доли менее 30 мл. Пациенты с признаками тиреоидита, наличием в анамнезе операций на шее в исследование не включались.

Нами была использована методика видеоассистированной хирургии шеи [Shimizu K., 1999]. Для диссекции ткани ЩЖ был использован ультразвуковой скальпель UltraCision® (Ethicon–Endosurgery Inc., США). В послеоперационном периоде пациентам выполнялась непрерывная ларингоскопия.

При анализе результатов учитывались длительность операции, патоморфологическое заключение, длительность нахождения в стационаре, наличие и характер осложнений.

Результаты и обсуждение. Всего выполнено 4 операции. Нами выполнялись субтотальные резекции доли, что связано с этапом освоения методики.

Средняя длительность операции составила 140 минут. Конверсий в открытое вмешательство не было; формирования гематом/сером и других общехирургических осложнений, а также пареза голосовых связок не отмечалось. Согласно патоморфологическому исследованию, удаленным узловым образованием являлась фолликулярная аденома либо коллоидный зоб.

При анализе длительности операции надо отметить, что любые малоинвазивные методики характеризуются большей длительностью вмешательства в ходе первых 30-50 операций, что обусловлено наличием т.н. «периода обучения». После прохождения данного периода наблюдается значительное снижение длительности вмешательства [Shimizu K., 2001].

Согласно большинству приведенных в литературе серий наблюдений, частота осложнений после малоинвазивных вмешательств не превышает, либо ниже таковой после традиционных операций. Последние связывают с использованием эндоскопической техники, обеспечивающей оптическое увеличение в ходе операции [Miccoli P. et al, 2006].

Наличие на сегодняшний день довольно строгих показаний к выполнению оперативного вмешательства при узловом зобе, объясняет однотипность патоморфологических заключений, а также достаточно медленное накопление опыта.

При оценке экономической эффективности принимается во внимание как использование ультразвукового скальпеля, так и снижение сроков госпитализации и временной нетрудоспособности [Timon C., Miller I. S., 2006]. В нашем исследовании средняя длительность нахождения в стационаре в послеоперационном периоде составила 4,2 койкодня (6,5 – после традиционных вмешательств), что связано с накоплением опыта при внедрении новой методики.

Выводы. Нами представлен опыт применения видео-ассистированных вмешательств на ЩЖ. Уровень осложнений при использовании данной методики не превышает таковой при традиционных вмешательствах, однако длительность операции на этапе ее освоения значительно выше. По мере накопления опыта следует ожидать уменьшения этого показателя.