

# ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Радиевский И.Л., Лысюк Н.Н., Гусинец А.С.*

УЗ «Брестская областная больница»

Брест, Беларусь

Эндоскопическая хирургия в короткие сроки нашла широкое применение во многих областях медицины: эндокринология не является исключением. Основными преимуществами эндоскопического доступа к щитовидной железе является возможность проведения диагностической эндовидеоскопии, малая травматичность хирургического вмешательства, сокращение продолжительности стационарного лечения, сроков нетрудоспособности, а также косметический эффект. Показания для эндоскопических вмешательств на щитовидной железе – солитарный узел (узлы) без признаков малигнизации с размером до 50 мм, объем щитовидной железы в пределах нормы или 1 степени увеличения, без предшествующих оперативных вмешательств или облучения области щитовидной железы. Основным ограничивающим фактором для применения эндовидеоскопических методик является трудность создания адекватной операционной полости, которая обеспечивала бы достаточную свободу хирургических вмешательств.

**Цель.** Определить целесообразность применения эндоскопических технологий в сравнении с классическими методиками.

**Материал и методы.** Уже не один год Брестский областной эндокринологический диспансер сотрудничает с Брестской областной больницей. На базе 1-го хирургического отделения оперируется в год около 130 больных с разными заболеваниями щитовидной железы.

В ноябре 2009 года на базе Брестской областной больницы при сотрудничестве с японскими специалистами выполнена первая эндоскопическая резекция доли щитовидной железы.

В декабре 2010 года врачами-хирургами 1-го хирургического отделения самостоятельно выполнена эндоскопическая резекция доли щитовидной железы.

Сущность методики в сравнении с обычной классической в том, что вместо длинного воротникообразного разреза на шее с рассечением мышц произведен разрез длиной 3–4 см (на 10 см ниже ключицы) и один прокол кожи на шее для введения порта с оптикой диаметром в 3 мм. Через основной разрез производится препаровка кожи от фасций шеи для создания объемного пространства. Вскрываются фасции шеи, капсула щитовидной железы. Доля железы выделяется с помощью аппарата Лигашу или ультразвукового скальпеля диаметром инструмента 5 мм.

**Результаты и обсуждение.** В период с 2010 по 2012 гг. в хирургическом отделении Брестской областной больницы по данной методике оперировано 25 больных (2010 г. – 2; 2011 г. – 14; 2012 г. – 9). Все больные – женщины в возрасте от 21 до 38 лет. Всем им выполнялась эндоскопическая гемитиреоидэктомия: 16 – левосторонняя, 9 – правосторонняя. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила  $60 \pm 20$  минут. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у больных – 3 дня. Конверсий не было. После оперативного вмешательства в связи с незначительным болевым синдромом наркотические анальгетики не назначались. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. В отдаленном периоде больные жалоб не предъявляли, дисфагий не наблюдалось.

Преимущества подобной малоинвазивной технологии очевидны: реабилитационный период больного в стационаре вдвое короче, чем при открытом вмешательстве, меньше болевой синдром и, что немаловажно, нет косметического дефекта.

Преимущества для хирургов заключаются в использовании оптики, которая дает многократное увеличение операционного поля: лучше дифференцируются возвратный нерв и паращитовидные железы, что уменьшает риск их повреждения и, естественно, послеоперационные осложнения.

**Выводы.** Внедрение эндоскопических вмешательств позволяет получить хорошие клинические результаты у больных с данной патологией, снизить количество послеоперационных осложнений, уменьшить длительность пребывания больного в стационаре и сроки реабилитации в послеоперационном периоде, достичь хорошего косметического эффекта в зоне операции. Учитывая значительное преобладание женщин среди пациентов с патологией щитовидной железы, обеспечение косметического результата – одна из важных задач оперативного вмешательства.

## **ПИЩЕВОДНЫЕ АНАСТОМОЗЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИЕМЛЕМЫ**

*Лабунец И.Н., Прохоров А.В., Максимчик С.В.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

**Введение.** Проблема формирования надежного пищеводного анастомоза при хирургическом лечении рака желудка, в том числе с поражением пищевода остается актуальной до настоящего времени. Основными современными требованиями, предъявляемыми к пищеводному анастомозу, яв-