

Выводы

1. Таким образом, УЗИ с цветным доплеровским картированием позволяет оценить регионарное кровоснабжение тазобедренного сустава при асептических некрозах головки бедренной кости, является важным неинвазивным методом для оценки эффективности и адекватности проводимого лечения.

2. Скорость кровотока в ЛОАБ после комплексной терапии с антиоксидантами увеличилась в среднем на 27,6% ($0,08 \pm 0,01$ мм/с), диаметр ЛОАБ увеличился в среднем на 21% ($0,51 \pm 0,06$ мм). Таким образом, комплексная терапия с антиоксидантами способствует улучшению микроциркуляции крови в бассейне ЛОАБ, способствует уменьшению спазма ЛОАБ.

3. В план обследования детей с БЛКП необходимо включать и исследование системы микроциркуляции с использованием ультразвуковой диагностики с цветным доплеровским картированием.

Л и т е р а т у р а

1. Барсуков Д.Б. Ортопедо-хирургическое лечение детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса: дис. ...канд. мед. наук. - СПб., 2003. - С. 12.

2. Гуч А.А. Этюды современной ультразвуковой диагностики // Исследование брюшной аорты, сосудов таза и нижних конечностей. Новые технологии в ультразвуке. - Киев: Укрмед., 2000. - Вып. 1. - С. 192.

3. Котляров А.Н., Неизвестных Е.А., Носков Н.В. Болезнь Легга-Кальве-Пертеса: пос. для врачей. - Челябинск, 2008. - С. 20-23.

4. Зубарев А.В. Диагностический ультразвук: костно-мышечная система. - М.: Стром, 2002. - 132 с.

Координаты для связи с авторами: Захарова Наталья Витальевна — аспирант кафедры травматологии и ортопедии АГМА, тел.: 8-909-818-96-59, e-mail: zakharova58@inbox.ru; Доровских Владимир Анатольевич — доктор мед. наук, профессор, засл. деятель науки России, зав. кафедрой фармакологии АГМА; Борозда Иван Викторович — доктор мед. наук, зав. кафедрой травматологии и ортопедии АГМА; Шатохин Николай Викторович — канд. мед. наук, ассистент кафедры нормальной анатомии АГМА; Блинец Александр Ильич — врач УЗИ отделения функциональной диагностики АОДКБ.



УДК 616.441 - 089.454.616.833.197.7 - 001

В.Р. Корита, Н.И. Дерягин, С.И. Михеткина

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Одним из основных методов лечения диффузного токсического зоба (ДТЗ) остается хирургический, цель которого — оставить адекватное количество тканей щитовидной железы (ЩЗ), обеспечивающее больному наличие эутиреоидного состояния [2, 7].

Операция при ДТЗ остается технически сложным видом хирургического вмешательства из-за тесного взаимодействия с жизненно важными, малыми по размеру анатомическими структурами на фоне увеличения размера щитовидной железы, спастического процесса, большого числа полнокровных и тонкостенных, нередко аномально развитых сосудов, повышенной кровоточивости в результате лечения тиреотоксическими препаратами. Следствие этого — высокий риск возникновения кровотечения, удаление околощитовидных желез (ОЩЖ) и травмы возвратного гортанного нерва (ВГН) [1, 8, 9]. Частота повреждения гортанных нервов в настоящее время в хирургии ЩЖ остается высокой, по данным различ-

ных авторов, частота этого осложнения варьирует от 0,2 до 20% [5, 6, 10].

Большинство повреждений возвратных нервов (своеобразная ахиллесова пята в хирургии щитовидной железы) не диагностируется хирургами интраоперационно, а подозрения появляются только при развитии выраженной клинической картины [6, 8, 10].

До 1958 г. в клиниках г. Хабаровска и медицинского университета операции на щитовидной железе осуществлялись весьма редко и причиной этого были тяжелые осложнения (повреждение возвратных нервов, травмы парашитовидных желез, гипотиреоз), нередко приводящие больных к инвалидности. С определенной уверенностью можно сказать, что пионером операций на щитовидной железе в Хабаровском крае был С.К. Нечепанев (ректор ХГМИ, зав. кафедрой факультетской хирургии), который прошел обучение в клинике известного хирурга-эндокринолога О.В. Николаева. С 1958 по 2010 г. в клинике

факультетской хирургии в общей сложности было выполнено около 3000 операций на щитовидной железе, из них 76% при диффузно-токсическом зобе. Если до 1980 г. операции при диффузно-токсическом зобе и узловых зобах проводились под местной анестезией, то за последние 20 лет мы отдаем предпочтение эндотрахеальному обезболиванию.

Цель работы — хирургическая профилактика повреждения ВГН и повышение эффективности медицинской реабилитации больных с нарушениями двигательной иннервации гортани.

Соответственно поставленной цели задачи исследования включали:

- анализ частоты повреждения ВГН при различных способах обезбоживания и различных методах резекции ЩЖ;

- оценку нарушений голосовой функции.

Материалы и методы

Для анализа повреждения нижних гортанных нервов рассмотрены три группы больных, оперированных по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ) и узлового зоба (УЗ) в факультетской хирургической клинике на базе 3-й Городской больницы им. С.К. Нечепалева и во 2-й Краевой больнице г. Хабаровска.

Первую группу составили 80 пациентов, оперированных с 1976 по 1980 г. Женщин было 68, мужчин — 12. Возраст больных варьировал от 24 до 66 лет. Оперированы по поводу ДТЗ — 62 (77,5%) и по поводу УЗ — 18 (22,5%). У всех больных операция осуществлялась под местной анестезией. Производилась субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы. Двусторонняя резекция ЩЖ произведена у 62 (77,5%) больных.

Вторую группу составили 74 больных, оперированных с 2001 по 2005 г. Женщин было 64, мужчин — 10. Возраст больных колебался от 18 до 70 лет. ДТЗ отмечен у 54 (73%) и УЗ — у 20 (27%) больных. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом.

Третью группу составили 12 пациентов, которые оперированы с 2006 по 2009 г. Все больные были женщинами в возрасте от 26 до 62 лет. ДТЗ отмечен у 8 пациентов и УЗ — у 4 больных. Осуществлялась субтотальная резекция ЩЖ с интраоперационной визуализацией НГН. В 8 наблюдениях произведена двусторонняя визуализация НГН.

Всем пациентам проводилось эндокринологическое обследование и консультация врача-отоларинголога. Все больные, у которых выявлены признаки повреждения НГН, обследовались в ЛОР-отделении и фониатрическом кабинете Городской больницы №2 им. Д.Н. Матвеева.

Повреждение возвратных гортанных нервов оценивалось на основании записей в операционных журналах и историях болезней. Необходимо отметить, что не все врачи-хирурги обращали внимание на осиплость и охриплость голоса в раннем послеоперационном периоде, что, несомненно, сказывалось на своевременной диагностике и результатах лечения больных с парезами и параличами гортани.

Результаты и обсуждения

Повреждения НГН в первой группе отмечены у 6 (9,6%) больных. Все эти пациенты были оперированы по

Резюме

В работе освещаются вопросы хирургической профилактики повреждений возвратных гортанных нервов путем их интраоперационной визуализации.

Рассматриваются вопросы диагностики и лечения послеоперационных парезов и параличей гортани у 95 больных, которым произведена резекция щитовидной железы по поводу диффузного токсического и узлового зоба.

Ключевые слова: нижние гортанные нервы, повреждение, профилактика.

V.R. Korita, N.I. Deryagin, S.I. Mihetkina

PREVENTION OF LOWER LARYNGEAL NERVES DAMAGE DURING OPERATIONS ON THE THYROID GLAND

Amur state medical academy, Blagoveshensk

Summary

The questions of prevention of the damages of nervus laryngeus by intraoperation visualizations are discussed in the work.

Diagnostics and treatment of postoperative paresis and palsies of the larynx in 95 patients, having been operated for diffuse toxic node goiter are discussed.

Key words: lower laryngeal nerves, damage, prevention.

поводу ДТЗ. Имея достаточный опыт операций на ЩЖ, мы считаем, что утверждение ряда авторов [3, 7] о том, что применение местной анестезии является способом профилактики повреждения возвратных нервов, является ошибочным.

В 1 анализируемой группе больных во время резекции щитовидной железы возникли трудности с гемостазом у 12 (19,21%) больных, и наложение зажимов на ЩЖ было затруднено и нередко приводило к повреждениям НГН. Афония, которую фиксировал хирург во время операции, не проходила после снятия зажима, так как ветви ВГН уже были травмированы.

Во 2 группе больных повреждение НГН зафиксировано у 4 (7,3%) больных. У одной пациентки было двустороннее повреждение НГН, возник паралич гортани, в связи с чем была наложена трахеостома. В дальнейшем больная проходила реабилитацию в ЛОР-отделении 2-й Городской больницы.

Б.В. Петровский и В.С. Семенов [7] указывают, что при двустороннем повреждении возвратных нервов осложнение приобретает характер катастрофы, так как обычно заканчивается асфиксией и смертью больного на операционном столе, если хирург не произведет срочную трахеотомию или интубацию трахеи.

Мы считаем, что основой профилактики повреждения ВГН остаются хорошее знание топографо-анатомических особенностей зоны операции и прецизионная техника оперирования.

Таким образом, повреждение возвратных нервов в 1 и 2 группах было достаточно высоким (7-9%) и практически одинаково в обеих группах, где резекция ЩЖ производилась без визуализации НГН.

В 3 группе больных, где проводилась визуализация ВГН по П.С. Ветшеву и соавт. [4-6], повреждений НГН не отмечено.

При дифференциальной диагностике пареза и паралича голосовых складок имеет значение микроларингостробоскопический симптом «смещения слизистой оболочки», свидетельствующий о неполном выпадении функций возвратного нерва. Отсутствие этого симптома указывает на его вероятный паралич. Большинство больных обратились в клинику в сроки от 2 нед. до 2 мес. с момента появления ларингологических расстройств, специального лечения им до этого не проводилось.

У всех больных первый этап реабилитации состоял из комплексного консервативного лечения, которое включало противовоспалительную терапию, дезинтоксикационную терапию, микроциркуляторную терапию, восстановительную терапию, что позволило обеспечить медицинскую и социальную реабилитацию в 86% случаев.

Выводы

1. Повреждение возвратного нерва при субтотальной и субфасциальной резекции ЩЖ по методу Николаева не зависит от метода обезболивания и наблюдается в 7-9% случаев.

2. Для профилактики повреждения возвратных гортанных нервов при операциях на щитовидной железе целесообразно применять метод интраоперационной их верификации.

3. Комплексное консервативное лечение, начатое в раннем послеоперационном периоде у больных с обратимыми расстройствами двигательной иннервации гортани, обеспечивает медицинскую и социальную реабилитацию в 86% случаев.

Л и т е р а т у р а

1. Бачерникова Е.А. Повреждения нижнегортанных нервов при кардиохирургических вмешательствах: материалы XVII съезда отоларингологов России. (Н. Новгород, 7-9 июня 2006 г.). - Н. Новгород, 2006. - С. 161-162.

2. Бондаренко В.О. Методика хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. - 2001. - №6. - С. 4-7.

3. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболевания щитовидной железы. - СПб.: Гиппократ, 1998. - 330 с.

4. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Чилингарики К.Е. и др. Профилактика и лечение нарушений подвижности голосовых складок при операциях на щитовидной железе // Хирургия. - 2005. - №10. - С. 28-34.

5. Ветшев П.С., Мамаева С.К. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. - 2006. - №2. - С. 63-68.

6. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Салиба М.Б. «Ахиллеса пята» в хирургии щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. - 2007. - Т. 53. - №2. - С. 3-8.

7. Петровский Б.В., Семенов В.С. Клиника и хирургическое лечение тиреотоксического зоба. - М.: Медгиз, 1965. - 193 с.

8. Романчишен А.Ф., Фролов В.В., Рандольф Г.В. Метод интраоперационного мониторинга сохранности гортанных нервов // Вестник хирургии. - 2004. - Т. 163. - №3. - С. 66-67.

9. Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А. Хирургическая профилактика повреждений возвратных гортанных нервов при операциях по поводу заболеваний щитовидной железы // Вестник хирургии. - 2007. - Т. 166. - №5. - С. 72-76.

10. Трунин Е.М. Диффузный токсический зоб (комплексная диагностика, консервативная терапия, хирургическое лечение). - СПб., 2006. - 177 с.

11. Ярославцев С.А., Бачев И.И., Освецинская В.Я. Повреждение возвратного нерва при операции по поводу доброкачественного зоба // Хирургия. - 1985. - №12. - С. 120-121.

12. Miller W., Butters M. et al. Quality assurance in goiter surgery by rate of recurrent nerve paralysis // Chirurg. - 1995. - №66(12). - С. 1210-1214.

Координаты для связи с авторами: Корита Владимир Романович — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей и факультетской хирургии ДВГМУ, тел.: 8-914-199-01-31; Дерягин Николай Иванович — канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой оториноларингологии ДВГМУ, тел.: 8-914-190-06-68; Михеткина Светлана Илиодоровна — доцент кафедры общей и факультетской хирургии ДВГМУ, e-mail: s-myhetkina@mail.ru, тел.: 8(4212)-42-42-67.

