

© ОЛИФИРОВА О.С., БЕЛОБОРОДОВ В.А., ШЕВЧЕНКО С.П., СААЯ А.Т.,
МАНЬКОВСКИЙ В.А., ЕСЕЛЕВИЧ О.В.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

О.С. Олифирова, В.А. Белобородов, С.П. Шевченко, А.Т. Саая

В.А. Маньковский, О.В. Еселевич

Амурская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. В.А. Доровских; Красноярская государственная медицинская академия ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; МУЗ ГКБ №1 г. Новосибирска, гл. врач – В.Ф. Коваленко.

***Резюме:** Проведен анализ результатов применения симультанных операций при патологии щитовидной железы и других органов у 106 больных. С учетом специфики некоторых региональных особенностей Сибири и Дальнего Востока определены показания и наиболее оптимальные варианты таких операций. Выполнение симультанных операций является перспективным методом лечения нескольких хирургических заболеваний в регионе зобной эндемии.*

***Ключевые слова:** тиреоидная патология, симультанные операции.*

Выполнение симультанных операций (СО) стало возможным благодаря современным достижениям хирургии и анестезиологии [1, 2, 6, 8]. Выполнение таких вмешательств имеет определенные преимущества: одновременно излечиваются 2-3 хирургических заболевания; предупреждается прогрессирование заболевания, оперативное лечение которого откладывалось на более поздний срок; сокращается время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения; устраняется риск повторного наркоза и его осложнений; исключается необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовки; повышается экономическая эффективность лечения [1, 2, 6, 7, 8]. По данным разных авторов [1, 8], удельный вес больных с

наличием 2 – 3-х хирургических заболеваний составляет 20-30%. Разделяют СО на экстренные и плановые, из которых выделяют неожиданные и предполагаемые [1, 2, 8]. Плановые вмешательства могут быть заранее подготовленными или планируемыми [1, 2, 4]. По объему разделяются на малые, средние и большие [1, 2, 6]. Могут быть СО выполнены из одного или разных оперативных доступов. Наиболее рациональным считается выполнение заранее запланированных средних по объему операций, средних и малых, больших и средних [1, 2, 4, 5]. Достаточно широко СО применяются в хирургической практике, в том числе, при тиреоидной патологии [3, 4, 5, 6, 7]. В иностранной литературе СО на щитовидной железе (ЩЖ) встречаются, главным образом, в связи с хирургическим лечением гиперпаратиреоза [9, 10, 11].

При выполнении СО следует учитывать специфику региональных особенностей, оказывающих влияние на характер оказания хирургической помощи при заболеваниях ЩЖ и другой хирургической патологии. Сибирь и Дальний Восток, являясь зоной природного йододефицита, имеет существенные отличия от центральных областей России. К ним относятся низкая плотность населения на обширной территории, рассеянность и отдаленность населенных пунктов, несовершенство и дороговизна транспортных сообщений, природный йододефицит, суровые климатические условия, преимущественно моноцентрический тип оказания специализированной хирургической помощи. В Красноярском крае, Новосибирской и Амурской областях проблема лечения заболеваний ЩЖ стоит остро еще с первых лет ее массового заселения. В течение последних 10 лет наблюдается рост тиреоидной патологии. В настоящее время в этих регионах эндемия зоба стала значительной по распространенности и средней по тяжести. В большинстве районных больниц выполняются преимущественно экстренные хирургические операции. Региональные клиники становятся центрами оказания многопрофильной специализированной помощи, где концентрируется основная

часть больных. В связи с этим применение СО в наших условиях является важным методом оздоровления населения Сибири и Дальнего Востока.

Исследование проведено с целью разработки показаний, противопоказаний к применению СО, определения наиболее оптимальных вариантов сочетания разных операций, внедрения их в клиническую практику, проведения анализа результатов их применения у больных с патологией ЩЖ.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 106 больных в возрасте от 34 до 63 лет с сочетаниями заболеваний ЩЖ и другой хирургической патологии, находившихся на обследовании и лечении в хирургических отделениях Красноярской краевой клинической больницы, Амурской областной клинической больницы, МУЗ Клинической больницы №1 г. Новосибирска с 1996 по 2005 годы. Женщин было 87 (82,1%), мужчин – 19 (17,9%).

Для диагностики заболеваний ЩЖ дополнительно использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ) под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием полученного аспирата, исследование уровней гормонов ЩЖ и ТТГ, сканирование ЩЖ и магнитно-резонансную томографию (МРТ) по показаниям. В зависимости от характера сопутствующей патологии дополнительно использовали УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, контрастную рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта, магнитно-резонансную и рентгеновскую компьютерную томографию, спирографию.

Результаты и обсуждение

По результатам послеоперационного гистологического исследования узловой и многоузловой коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб установлен у 48 (45,28%) больных, аденомы и аденоматоз ЩЖ – у 12 (11,32%), гипертрофическая форма аутоиммунного тиреоидита – у 9 (8,49%), сочетания разных доброкачественных заболеваний – у 31 (29,25%) и рак ЩЖ – у 6

(5,66%). Тиреотоксикоз подтвержден в 11,32% случаев, гипотиреоз – в 6,6% и эутиреоз – в 82,08%. Заболевания ЩЖ сочетались с разными заболеваниями: доброкачественными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (10,0; 9,43%), паховыми и бедренными грыжами (14; 13,3%), хроническим калькулезным холециститом (41,0; 38,68%), послеоперационными вентральными грыжами – (33; 31,13%), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки – (8,0; 7,55%).

Показаниями к СО при патологии ЩЖ являлись: рост узлового образования ЩЖ, признаки компрессии органов шеи, токсический зоб с тиреотоксикозом легкой или средней степени тяжести, подозрение на малигнизацию, рак ЩЖ I – II стадии.

Противопоказаниями к выполнению СО при тиреоидной патологии считали: рак ЩЖ с регионарными метастазами, токсический зоб с тяжелым тиреотоксикозом, большой объем ЩЖ свыше 100 мл, многократный рецидивный зоб, пожилой и старческий возраст (свыше 60 лет), тяжелую сопутствующую патологию, гнойно-воспалительные процессы, большой объем и травматичность сочетанной операции на другом органе, а также неуточненная сопутствующая хирургическая патология. С учетом того, что сочетанные операции, выполняемые на ЩЖ и других органах, должны иметь только плановый и заранее подготовленный характер, СО в экстренных условиях без предварительного обследования ЩЖ не выполняли.

Вид и объем выполненных оперативных вмешательств на ЩЖ был различным. У 14 (13,21%) больных проведена резекция одной или двух долей ЩЖ, у 16 (15,09%) – гемитиреоидэктомия, у 32 (30,19%) – субтотальная резекция ЩЖ, у 34 (32,08%) – предельно-субтотальная резекция ЩЖ и у 10 (9,43%) – тиреоидэктомия.

Операции на ЩЖ являются преимущественно средними по тяжести [3, 4, 5]. В зависимости от объема и травматичности операции на ЩЖ и другом органе больных распределяли на три группы по классификации А.Ф. Романчишена [4].

Больные первой группы (24,0; 22,6%) перенесли СО, при которых имело место сочетание операций средней тяжести/объема. При этом травматичность операции на ЩЖ превышала тяжесть операции на другом органе. Из них у 14 (13,2%) больных было дополнительно выполнено грыжесечение при паховых и бедренных грыжах (у 6 – пластика местными тканями, у 8 – с аллопластикой), у 10 (9,4%) – удаление доброкачественных опухолей мягких тканей (липом, фибром). В течение последних лет при паховых грыжах чаще применяем метод Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки отечественного и зарубежного производства. Внедрение этой методики не увеличило травматичность и длительность СО. У абсолютного большинства больных этой группы были хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения. Лишь в одном наблюдении возникло осложнение в виде серомы подкожной клетчатки.

Вторая группа была наиболее многочисленной и ее составили больные (74,0; 69,81%), у которых при СО выполняли две средние по объему операции, а операция на ЩЖ по травматичности не превышала таковую на другом органе. Из всех больных этой группы у 41 (38,68%) вторым заболеванием был хронический калькулезный холецистит, у 33 (31,13%) – послеоперационная вентральная грыжа. Выполняли СО в два этапа. Операцию на ЩЖ проводили первым этапом, а вторым – вмешательство на другом органе.

При хроническом калькулезном холецистите выполняли холецистэктомию из лапаротомного доступа (8,0; 7,55%), из мини-доступа (12,0; 11,32%) и с помощью лапароскопической эндовидеотехники (21,0; 19,81%). Холецистэктомию из лапаротомного доступа выполняли при подозрении на холедохолитиаз, что требовало дополнительной ревизии внепеченочных желчных протоков. У 33 больных при неосложненном калькулезном холецистите выполнена холецистэктомия из мини-доступа с помощью специального набора инструментов «Мини-ассистент», разработанного компанией «Лига» (Екатеринбург), или лапароскопическим способом.

Холецистэктомия из мини-доступа проводили у больных, имеющих противопоказания к лапароскопической операции. Применение малоинвазивных методик операций при СО способствовало благоприятному течению раннего послеоперационного периода (незначительные ограничения в подвижности и питании, отсутствие болевого синдрома со вторых суток, профилактика гипостатических осложнений за счет ранней двигательной активности). У одного больного возникло послеоперационное осложнение – гематома подпеченочного пространства, что потребовало ее чрескожного дренирования под контролем УЗИ.

Сопряженные СО с грыжесечением при вентральных грыжах выполнены 33 (31,13%) больным. Они проводились только при малых (до 10см) и средних (11 - 20см) вентральных грыжах без нарушений вентиляционной функции легких. Грыжесечение с разными видами мышечно-апоневротической пластики произведена у 9 больных, а у 24 – ненатяжная герниопластика с использованием полипропиленовой сетки. Преимуществом метода ненатяжной герниопластики явилось отсутствие повышения внутрибрюшного давления, что значительно уменьшило болевые ощущения и дыхательные расстройства и способствовало более благоприятному течению послеоперационного периода.

Третью группу составили 8 (7,55%) больных, у которых при СО сочетали большие и средние по объему операции. В этих наблюдениях операция на ЦЖ уступала по объему и травматичности вмешательству, производимому на другом органе. В этой группе были больные с язвенной болезнью желудка (n=3) и двенадцатиперстной кишки (n=5). Показаниями к операции являлись осложненные формы язвенной болезни (рецидивирующие кровотечения, стеноз пилорoduodenального отдела, пенетрация) и каллезные язвы. Резекция желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2 была выполнена у 5 больных, селективная проксимальная ваготомия – у 3. Все операции выполняли в плановом порядке с учетом операционного риска. У этих больных, в сравнении с предыдущими группами, послеоперационный период имел некоторые особенности

(потребность в назначении наркотических обезболивающих препаратов сохранялась в течение 2-3 дней, длительность постельного режима составила 3-4 дня). У одного больного отмечено нагноение лапаротомной раны.

Итак, наиболее приемлемыми вариантами СО при патологии ЩЖ являются совмещения средних по тяжести оперативных вмешательств, которые в наших наблюдениях составили 69,81%. При СО, операцию на ЩЖ целесообразно выполнять первым этапом. Второй этап хирургического лечения предпочтительно выполнять с использованием малоинвазивных методов: при хроническом калькулезном холецистите – холецистэктомия из мини-доступа или с помощью лапароскопической техники; при различных видах грыж – разные варианты ненатяжной герниопластики. Ранняя двигательная активность позволяют избежать послеоперационной пневмонии и тромбоэмболических осложнений.

Особенностью СО при патологии ЩЖ является то, что они производятся из двух разных хирургических доступов и это может отягощать течение послеоперационного периода из-за выраженности болевого синдрома. Вместе с тем, в большинстве наблюдений при тщательном отборе больных и адекватном выборе варианта обезболивания возможные негативных явлений были нивелированы. Летальных исходов не было ни в одном случае.

Учитывая вышеописанное можно заключить, что СО на ЩЖ и других органах являются перспективным методом одномоментного хирургического лечения нескольких заболеваний в регионе зобной эндемии с низкой плотностью населения и моноцентрическим типом оказания специализированной хирургической плановой помощи. Одним из важных принципов выполнения СО на ЩЖ является одновременное применение двух средних по тяжести операций с использованием малоинвазивных методов оперативного лечения. Следует проводить СО на ЩЖ в специализированных отделениях и клиниках, располагающих возможностью адекватного обследования с обязательной морфологической верификацией патологии на до-

интра- и послеоперационном этапах лечебно-диагностического процесса и с достаточным опытом оперирующих в хирургии эндокринных желез.

Литература

1. Магдиев Т.Ш., Северенко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 1999. – №6. – С. 54-55.
2. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии // Хирургия. – 2002. – №7. – С. 41-46.
3. Мышкин К.И., Долгушин Н.Е., Хатьков И.Е. Опыт симультанных операций при заболеваниях щитовидной железы // Вест. хирургии. – 1991. – №5. – С. 47-48.
4. Оганян А.Р. Симультанное хирургическое лечение больных с сочетанной патологией щитовидной железы и других органов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 25 с.
5. Павловский М.П., Коломийцев В.И., Сыроид А.М. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы и симультанная лапароскопическая холецистэктомия // Совр. аспекты хир. эндокринол.: мат. 11-го Росс. симп. по хир. эндокринол. – С-Пб, 2003. – С. 172-174.
6. Романчишен А.Ф., Борисов А.Е., Колосюк В.А. и др. Симультанные операции у больных с заболеваниями щитовидной железы // Вест. хирургии. – 1999. – №2. – С. 51-54.
7. Слесаренко С.С., Коссович М.А. Сочетанные малоинвазивные операции при патологии щитовидной железы и желчекаменной болезни // Эндоскоп. хирургия. – 2001. – №5. – С. 46- 51.
8. Федоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику // Анналы хирургии. – 2001. – № 4. – С. 23-38.
9. Friedrich J., Krause U., Olbricht T. et al. Simultaneous interventions of the thyroid gland in primary hyperparathyroidism // Zentralbl Chir. – 1995. – Vol. 120, N. 1. – P. 43-46.

10. Strichartz S., Giuliano A. The operative management of coexisting thyroid and parathyroid disease // Arch. Surg. – 1990. – Vol. 125, N. 10. – P. 1327-1331.

11. Wahl R., Hentschel F., Vorlander C. et al. Primary hyperparathyroidism — early diagnosis in patients referred for thyroid surgery // Langenbecks Arch. Surg. – 2000. – Vol.385. – N. 8. – P. 515-520.

COMBINED OPERATIONS AT THE PATHOLOGY OF THYROID GLAND

O.S. Olifirova, V.A. Beloborodov, S.P. Shevchenko, A.T. Saaja,
V.A. Mankovskij, O.V. Eselevich

Amur state medical academy, Krasnoyarsk state medical academy; Clinical
hospital №1 Novosibirsk

The analysis of results of application of the combined operations is lead at pathology to thyroid gland and other organs for 106 patients. With allowance for specificities of some regional features of Siberia and Far East are determined the indications and optimal versions of such operations. . The fulfilment combined of operations is a perspective method of treatment of several surgical diseases in region of lack of iodine.