

© О. Ф. Безруков, 2015  
УДК 616.441-089

О. Ф. Безруков

---

## ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ: ЗАДАЧИ И НЕРЕШЁННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

---

Учебно-научно-лечебный комплекс (клиника) (дир. — М. М. Адамов), Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

---

**Ключевые слова:** щитовидная железа, особенности операции, послеоперационное лечение

Значительный рост заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) с преобладанием узловых зобов и злокачественных новообразований закономерно повышает необходимость оперативного вмешательства. При этом следует учитывать топографоанатомическое положение ЩЖ, которая граничит с крупными сосудистыми пучками, трахеей, пищеводом. Краеугольным камнем хирургии щитовидной железы является сохранение таких важных образований, как возвратные и верхние гортанные нервы, околощитовидные железы (ОЩЖ). При операциях на щитовидной железе перед хирургом стоят несколько проблем:

- 1) сохранение целостности трахеи и пищевода, сосудистых пучков;
- 2) визуализация с сохранением возвратных и верхних гортанных нервов, ОЩЖ;
- 3) предупреждение кровотечения и лимфорей в послеоперационном периоде.

Сохранение целостности как трахеи, так и пищевода, при кажущейся простоте, не всегда является легко выполнимым заданием. Нередко наблюдается спаяние трахеи и ткани ЩЖ (особенно при аутоиммунных процессах и раке), наблюдается расположение ткани ЩЖ между кольцами трахеи; возможно прорастание опухолью ЩЖ в окружающие ткани и органы. В подобных случаях возможно проведение «соскабливания» ткани железы с трахеи или, при невозможности такой манипуляции, выполняется

резекция 1–2 колец трахеи с наложением швов рассасывающимся шовным материалом.

При расположении доли железы за трахеей или спаяние её с пищеводом обязательна идентификация пищевода с помощью толстого желудочного зонда.

Сохранение возвратных нервов (ВН) является очень важной и трудной задачей в хирургии ЩЖ. Здесь важно знание анатомии и положения, что оба нерва располагаются в трахеопищеводной борозде, причём левый — более латерально, чем правый. Возможно использование электромониторинга нервов. Однако это не всегда доступно экономически. Имеющиеся методики визуализации нервов при использовании ларингеальной маски (вместо эндотрахеальной трубки) также не всегда возможны при большой железе, когда требуется интубация.

Визуализация ОЩЖ основывается на знании анатомии и их онтогенеза. Методы окраски анилиновыми красителями не прижились в практической медицине из-за своей нечёткости, т. е. требуются разработки для создания новых способов прижизненного определения ОЩЖ и их жизнеспособности.

Серьёзной проблемой являются гемостаз и послеоперационная лимфорей. Отмечено, что тщательная перевязка каждого, даже мелкого сосуда, включая сосуды кожи и платизмы, уменьшает возможность лимфорей. Здесь для целей гемостаза используется диатермокоагуляция. Кроме того, при перевязке артериовенозного пучка на обоих полюсах в клинике в обязательном поряд-

---

### Сведения об авторе:

Безруков Олег Филиппович (e-mail: [klinika\\_csmu@mail.ru](mailto:klinika_csmu@mail.ru)), Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, 95006, Республика Крым, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7

ке накладываются две лигатуры. Данный приём полностью исключает возможность случайного сползания лигатуры при повышении артериального давления и возникновения кровотечения в рану.

С целью предупреждения интраоперационного кровотечения, уменьшения уровня послеоперационной экссудации, подкожных гематом шеи и верхней части грудной клетки в последнее время используется препарат транексамовой кислоты (транексат), относящийся к группе антифибринолитиков. Кроме того, подавление образования кининов и других активных пептидов, принимающих участие в аллергических и воспалительных процессах, делает этот препарат очень привлекательным в качестве противовоспалительного средства. Обычно рекомендуется использовать транексамовую кислоту за 30 мин до операции в дозе 500 мг внутривенно. Спустя 8 ч после первого введения, повторно внутривенно вводят 500 мг препарата.

После окончания операции важно дренирование раны. Практика показала, что если объём послеоперационной раны превышает 10 см<sup>3</sup>, более целесообразно дренировать рану с помощью активной аспирации, а подкожную клетчатку — отдельной резиновой полоской. Последняя удаляется через 20–24 ч. Вакуум-дренаж остаётся на более длительный период — 2–4 дня, пока количество раневого отделяемого не уменьшится до 5–6 мл.

Целесообразно назначение внутривенного введения препарата «L-лизина-эсцинат 0,1%» 5–10 мл с целью уменьшения отёчного синдрома в области оперативного вмешательства [1]. Первое введение проводится на операционном столе во время наркоза, что улучшает венозный кровоток, нарушающийся после укладывания больного с запрокинутой головой на операционный стол. Затем препарат вводится ежедневно путём внутривенных инъекций: 1-е сутки — дважды, а затем 1 раз в сутки по 1 ампуле (5 мл) в течение 5 дней, так как нередко препарат вызывает жжение по ходу вены, желательнее капельное введение данного препарата, растворив его в 200 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида. Препарат вводят ежедневно в течение 4–5 дней.

В ранний послеоперационный период местно используется «Лиотон-гель» — препарат с

антитромботическим действием для наружного применения. Доказано также антиэкссудативное и умеренное противовоспалительное действие данного препарата [2]. С первого послеоперационного дня 3–5 см геля 3–4 раза в сутки наносят в область раны и осторожно втирают в кожу.

**Выводы.** 1. Операции на щитовидной железе выполняют хирурги, досконально знающие онтогенез и анатомические особенности щитовидной железы, гортанных нервов и околощитовидных желёз.

2. С целью предохранения пищевода необходима его визуализация с помощью толстого желудочного зонда.

3. Целесообразно двойное лигирование сосудов верхнего и нижнего полюсов щитовидной железы для предупреждения кровотечения.

4. Необходима разработка методов интраоперационной окраски возвратных нервов и околощитовидных желёз, отличающихся стойкостью и длительностью.

5. Правильное дренирование раны, а также применение транексамовой кислоты, L-лизина-эсцината, лиотон-геля способствуют уменьшению кровоточивости тканей и лимфорееи, уменьшая, тем самым, отёчный синдром.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Грубнік В.В., Тарабрін О.О., Буднюк О.О. та ін. Стан центрального кровообігу у хворих в положенні для струмектомії // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 2012. № 1 (38). С. 9–11.
2. <http://compendium.com.ua/info/154705/berlin-chemie-ag-menarini-group/lioton-sup-sup-1000-gel>

Поступила в редакцию 24.09.2014 г.

O.F. Bezrukov

#### **SURGERY OF THYROID GLAND: OBJECTS AND UNSOLVED PROBLEMS**

Clinic of State Medical University named after S.I. Georgievskiy

The author considers the problems for surgeons such as maintenance of trachea and the esophagus integrity, bleeding prophylaxis, damage prevention of recurrent nerves and parathyroid glands. The article proposed the measures of the edematous syndrome prevention in early postoperative period.

**Key words:** *thyroid gland, features of surgery, postoperative treatment*