

© Т. Б. Дубошина, М. Р. Аскеров, О. А. Жмылева, 2015
УДК 616.441-089:615.036

Т. Б. Дубошина, М. Р. Аскеров, О. А. Жмылева

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра факультетской хирургии и онкологии (зав. — проф. С. В. Вертянкин),
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского»

Ключевые слова: щитовидная железа, хирургическое лечение, качество жизни, профилактика, повреждение возвратного нерва

Введение. Поражения щитовидной железы (ЩЖ), требующие хирургического лечения, встречаются довольно часто, заболеваемость может составлять 2–15% в общей популяции, создавая большой поток обращений к хирургам. Тиреоидэктомия является относительно распространенной хирургической процедурой. Субтотальная и частичная резекции широко применяются в хирургическом лечении зоба. Послеоперационные осложнения сократились за последние десятилетия за счет более эффективного подхода хирургов к тактике и совершенствованию техники. Однако как и ранее любое оперативное вмешательство — есть возможность серьезных осложнений. В связи с этим возникает необходимость унифицировать диагностические и лечебные подходы при поражении ЩЖ с позиции того, что чем больше операций производится на ЩЖ, тем больше абсолютное число послеоперационных осложнений.

Цель исследования — оптимизация хирургического лечения посредством изучения качества жизни (КЖ) при болезнях ЩЖ до и после операции.

Материал и методы. В исследование включены 350 пациентов с доброкачественными болезнями ЩЖ из числа тех, кто оперирован в нашей клинике в 2010–2013 гг.

Всего за этот период произведено 1632 операции. В число обследованных не вошли пациенты с раком ЩЖ и люди старше 60 лет, так как с возрастом параметры КЖ закономерно меняются. Были включены все больные с осложнениями послеоперационного периода, так как КЖ этих больных изучалось прицельно. Все пациенты обследованы для выявления клинических особенностей болезни, эндокринного и метаболического фона, морфологической структуры изменений в ЩЖ. Изучены анкеты исследования качества жизни у этой группы больных до операции и через 6, 12 и 24 мес. Анкетировали больных до и после операции с помощью анкеты MOS SF-36. Контрольную группу составили студенты IV курса СГМУ. Опросник включал 8 шкал: определение физической функции (PF), физической роли (RP), физической боли (BP), жизнеспособности (VT), социальной роли (SF), эмоциональной роли (RE) и психического здоровья (MH).

Результаты и обсуждение. Физическая функция (PF) и ее роль (RP), способность к исполнению типичной для специфического возраста и социальной принадлежности определенной работы у наших пациентов снижалась на 15–20% от максимально возможного уровня. Эти показатели были на одном уровне и до операции и приближались к контрольной группе через 6, 12 и 24 мес после операции. Статистически значимые отклонения возникали при осложнениях в послеоперационном периоде, главным образом при травме ветвей возвратного нерва.

По опроснику выяснялось значение физической боли (BP), которая может вызвать ограничение обычной активности пациента. Но

Сведения об авторах:

Дубошина Татьяна Борисовна (e-mail: tduboshina@gmail.com), Аскеров Мариф Раджаб-оглы (e-mail: anar2512@rambler.ru),
Жмылева Ольга Александровна (e-mail: zmyleva@mail.ru), кафедра факультетской хирургии и онкологии,
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского», 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112

в наших наблюдениях этот показатель был на уровне контрольной группы во всех временных интервалах.

Шкалы общего здоровья (VT) и жизнеспособности (SF) менялись в соответствии с эмоциональным статусом (RE) и ментальным показателем психического здоровья (MH). По сравнению с контрольной группой до операции отмечено их снижение на 10–25%. Нормализация происходила через 6 мес после операции. Эти показатели имели низкий уровень при нарушениях иннервации гортани, достигая 45–49% от уровня в контрольной группе. Отмечено также, что снижение КЖ в некоторой степени зависит от объема операции и таких последствий тиреоидэктомии, как необходимость постоянного контроля и лечения, формирование видимого рубца на передней поверхности шеи.

В качестве мер, которые должны привести к улучшению качества жизни пациентов с тиреоидной патологией, мы определили: совершенствование морфологической диагностики в целях сокращения числа некорректных операций на ЩЖ и разработку способа профилактики повреждения ветвей возвратного нерва.

Комплексное использование качественного и количественного анализа при цитологическом исследовании до операции и во время операции позволило разработать морфологические диагностические коэффициенты для прогнозирования возможности (или невозможности) злокачественного роста. Это позволяет хирургу уточнить адекватный объем операции и избежать ненужных тиреоидэктомий.

При операциях на ЩЖ (при гемитиреоидэктомии и тиреоидэктомии) возвратный нерв проходит очень близко к ЩЖ. Его повреждение приводит к тяжелым нарушениям речи и дыхания. Здесь же находятся нижние паращитовидные железы (ПЩЖ), удаление которых приводит к гипопаратиреозу.

По данным работы С.В.Мирошникова [3], среднее расстояние между возвратным нервом и капсулой ЩЖ составило $(5,94 \pm 0,67)$ мм. Среднее расстояние между ПЩЖ и возвратным нервом составило $(2,5 \pm 0,67)$ мм. Из этого следует, что в большинстве случаев при экстрафасциальной мобилизации ЩЖ велик риск повреждения возвратного нерва и ПЩЖ.

Известен способ профилактики послеоперационных осложнений при хирургических операциях на ЩЖ (Б.В.Петровский и соавт., 1986) — с целью предупреждения повреждения возвратного нерва и его ветвей при выделении удаляемой доли и интрафасциальном пересечении

сосудов рассекают перешеек, выделение доли начинают с отделения внутренней ее поверхности от трахеи, затем отделяют последовательно верхний и нижний полюса с сосудами от трахеи, гортанных и возвратных нервов, магистральные сосуды пересекают только в проксимальных участках в пределах висцерального листка четвертой фасции. Способ неприменим при операциях по поводу злокачественных опухолей ЩЖ и доброкачественных процессах, поражающих большую часть органа. Кроме того, по данным литературы [2, 4], при подобной методике частота пареза гортани вследствие поражения возвратного гортанного нерва (ГН) может достигать до 20%, а послеоперационный гипопаратиреоз (ГПТ) — до 27%.

Большой вклад в описание хирургической анатомии возвратного нерва и способов профилактики его повреждений внесли А.Ф.Романчишен и соавт. [4]. Описано, что оптимальной точкой начала поиска и выделения ВГН является трахеопищеводная борозда в надключичной области. Выделение нерва снизу вверх позволяет предупредить артериальное кровотечение, анемизацию ПЩЖ, повреждение возвратного гортанного нерва (ВГН). В большинстве наблюдений ВГН, в виде одного или нескольких стволов, перед входом в гортань перекрещивается сосудами, пересечение и лигирование которых обеспечивало надежный гемостаз. После операции по поводу различной патологии ЩЖ и ПЩЖ пациенты нуждаются во временном приеме минерального комплекса на протяжении месяца для предупреждения развития клинического и лабораторного гипопаратиреоза.

Нами предложен способ профилактики осложнений возвратного нерва, который заключается в том, что перед удалением доли ЩЖ для увеличения расстояния между собственной капсулой ЩЖ и ветвями возвратного нерва, строго по капсуле с ее внешней стороны, экстракапсулярно, на расстоянии 1–2 мм от капсулы в трахеопищеводную борозду вводят инсулиновым шприцем (длина иглы 12 мм, диаметр 0,45 мм) 1 мл глицерина и 1 мл актовегина. Такая манипуляция производится вокруг обеих долей, с обеих сторон, что облегчает выделение железы и визуализацию возвратного нерва и делает эти манипуляции менее травматичными.

Известно, что иногда после операций на ЩЖ наступает временное нарушение функции возвратного нерва, что связано с отеком периневрального пространства и ухудшением передачи нервных импульсов [1, 4]. Введение глицерина и актовегина положительно воздействует на функ-

циональное состояние нерва. Применение такого простого способа профилактики позволило снизить число послеоперационных осложнений с 3,5 до 2%.

Для коррекции психоэмоциональных расстройств необходимо применять психотерапию и медикаментозное лечение седативными препаратами, начиная с амбулаторного периода.

Выводы. 1. Изучение качества жизни у больных с тиреоидной патологией до и после операции является важным и нужным для оптимизации хирургического лечения.

2. Хирургическое лечение заболеваний ЩЖ приводит к улучшению качества жизни у 90–92% больных. Существенное снижение качества жизни возникает при специфических осложнениях (повреждение ветвей гортанных нервов).

3. Оптимизация показаний к оперативному лечению должна производиться с учетом повторных морфологических исследований до операции.

4. Улучшение качества жизни больных после операций на ЩЖ зависит от правильно выбранного объема операции и применения профилактики повреждения ветвей гортанных нервов и парашитовидных желез.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Долидзе Д.Д., Мумладзе Р.Б., Карадимитров Г.Н. Послеоперационная диагностика травмы верхнего гортанного нерва при хирургическом лечении больных с заболеваниями щитовидной железы // *Анналы хир.* 2009. № 1. С. 19–23.
2. Карадимитров Г.Н. Профилактика повреждения верхнего гортанного нерва при операциях на щитовидной железе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 18 с.
3. Мирошников С.В. Клинико-морфологическая характеристика и оптимизация хирургического лечения узловых поражений щитовидной железы: Дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2007. 18 с.
4. Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А., Вабалайте К.В. Хирургическая профилактика повреждений возвратных нервов и околощитовидных желез // *Онкохирургия*, 2013. № 5. С. 52–57.

Поступила в редакцию 19.11.2014 г.

T.B. Duboshina, M.P. Askerov, O.A. Zhmyleva

WAYS OF IMPROVEMENT OF LIFE QUALITY OF PATIENTS UNDERGOING THYROID SURGERY

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovskiy

The authors analyzed quality of life before and after thyroid surgery in 350 patients. The article suggested the ways of improving of surgical treatment by developing some technical details. Indications to operation and choice of the operation volume were specified by morphological diagnostics refinement.

Key words: *prophylaxis, thyroid gland, surgery, quality of life, prophylaxis, damage of recurrent nerve*