Профилактика ранних послеоперационных осложнений в хирургии диффузного токсического зоба

М.К. Гулов, З.М. Нуров
Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе проведён анализ результатов хирургического лечения 134 больных с диффузным токсическим зобом, которые были разделены на две группы. В I группе было прооперировано 65 (48,5%) больных по традиционной методике, во II группе - 69 (51,5%) пациентов по методике, усовершенствованной в клинике и направленной на профилактику ранних послеоперационных осложнений. У 11 (16,2%) больных I группы в раннем послеоперационном периоде возникли различные послеоперационные осложнения, во II группе – у 3 (4,3%) пациентов. Данный способ позволил сократить число раневых осложнений более чем в 3,7 раза, а также уменьшил сроки пребывания больных в стационаре до 4,1±0,1 суток, в I группе – аналогичный показатель составил 7,9±0,2 суток.

Ключевые слова: диффузный токсический зоб, щитовидная железа, кровотечение

АКТУАЛЬНОСТЬ. В течение последних лет в Республике Таджикистан отмечается неуклонный рост пациентов с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) и число выполненных в связи с этим, оперативных вмешательств. В экономически развитых странах, согласно статистике, ДТЗ страдают 1-2% населения [1,2].

Диффузные кровотечения из оставленной ткани щитовидной железы, нередко труднокорригируемы, утяжеляют состояние больного и служат причиной образования гематомы в ране. Многократные попытки остановить кровотечение прошиванием чреватылигированием неврологических структур [3,4].

Интраоперационные кровотечения – самая большая проблема, возникающая у больных с ДТЗ. Они нередко отличаются интенсивностью и большой кровопотерей [5,8]. Главная причина нарушений в системе гемостаза заключается в прямом токсическом действии гормонов Т3, Т4 на гепатоциты. Вследствие угнетения функций гепатоцитов, нарушается процесс выработки протромбина. Снижение уровня протромбина закономерно приводит к падению уровня тромбина в крови [1,6].

У пациентов с ДТЗ, ткань щитовидной железы становится инфильтрированной и рыхлой, стенки сосудов –истончаются. В предоперационном периоде, вследствие приёма тиреостатиков, кровообращение ускоряется, что приводит к застою крови в венозном русле.

Несмотря на накопленный опыт в хирургии ДТЗ, профилактика интраоперационных осложнений всё ещё остаётся не до конца решённой проблемой. Удельный вес интраоперационных осложнений при ДТЗ колеблется от 3 до 35% [1-3,7]. В связи с этим существует явная потребность в разработке и внедрении новых, наиболее оптимальных профилактических мероприятий, направленных на снижение таких осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ хирургического лечения больных с диффузным токсическим зобом и разработка новых методов профилактики ранних послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 134 больныхс диффузным токсическим зобом, находившихся на лечение в отделении общей хирургии ГКБ №5 на базе кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино с 2006 по 2011г. Женщин было 112 (83,6%), мужчин – 22 (16,4%) (соотношение –5:1). Возраст больных колебался от 18 до 72 лет (в среднем 41,5±2,6 года). Наибольшее количество пациентов – 70 (52,2%) – приходилось на возрастную группу 40-60 лет, наименьшее – на группы моложе 20 и старше 70 лет – всего 24 (17,9%) больных.

ДТЗ страдали часто лица трудоспособного возраста (78,4%). В зависимости от характера основного заболевания и оперативных вмешательств, больные с ДТЗ были разделены на 2 равноценные группы по полу и возрасту.

В I группу (контрольную) входили 65 (48,5%) больных с ДТЗ, которым операции на щитовидной железе выполнялись по традиционной методике.

Во II (основной) группе были 69 (51,5%) больных,прооперированных по методике, разработанной в клинике [9]. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. Разрезом Кохера обнажали щитовидную железу и производили фронтальную её резекцию. Объём остаточной ткани зависел от степени токсичности зоба. Крупные сосуды лигировалипосле наложения зажима-москита. На объёмную раневую поверхность резецированной щитовидной железы накладывали пластину «Тахокомб» с целью остановки паренхиматозного кровотечения.

Всем пациентам, наряду с общепринятыми методами лабораторной диагностики, были проведены биохимические и инструментальные методы исследования, включая УЗИ щитовидной железы и компьютерную томографию, а также ультрасонографию, сцинтиграфию, определение гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4), иммуногистохимические и гистологические исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При выполнении резекции щитовидной железы при ДТЗ по традиционной методике у 11 (16,2%) больных в раннем послеоперационном периоде возникли различные послеоперационные осложнения (см.табл.).

Среди осложнений раннего послеоперационного периода у больных контрольной группы чаще всего отмечаются послеоперационные кровотечения – 4 (6,1%) случая. В одном случае источником кровотечения были подкожные вены, в 3-х (4,6%) – оставленная ткань щитовидной железы, в одном (1,5%) – кровотечение из правой верхней щитовидной артерии. У 2 (3,0%) пациентов на 3-5 сутки после операции развился гипопаратиреоз. При этом на фоне снижения уровня кальция крови, у больных отмечались парестезии, а также судороги мышц конечностей и лица.

У двух пациентов впервые сутки после операции отмечалась охриплость голоса или афония, утомляемость при разговоре, умеренное затруднение при дыхании, поперхивание после приёма жидкой пищи, иногда – приступообразный сухой кашель.

При проведении отоларингологом непрямой ларингоскопии, у одного (1,5%) больного был выявлен парез правой голосовой складки, у другого – парез левой голосовой складки; паралич левой голосовой складки отмечен у одного (1,5%) пациента, двусторонний паралич заподозрен у одного пациента. Следует отметить, что у этих пациентов парез правой голосовой складки и двусторонний парез были обнаружены при обследовании ещё до хирургического вмешательства. Однако, клиническая симптоматика до операции не проявлялась. Основной причиной нарушения подвижности голосовых складок является повреждение в ходе операции возвратных гортанных нервов (ВГН). Этому может способствовать нарушение ихтопографо-анатомических взаимоотношений при значительном увеличении или деформации щитовидной железы, при повторной операции в случае рецидивного ДТЗ, при анатомической близости ВГН с лигируемой нижней щитовидной артерией (НЩА), недостаточном гемостазе или чрезмерном увлечении электрокоагуляцией.

Во время операции по усовершенствованной методике, разработанной в клинике (во II группе), с целью контроля над количеством отделяемой жидкости, был вставлен микроирригатор в область наложения пластинки «Тахокомб». У 59 (85,5%) больных, у которых «Тахокомб» покрывал всю раневую поверхность остаточной ткани щитовидной железы, отмечалось незначительное сукровичное отделяемое в первые и вторые сутки после операции. У двух больных на третьи - четвёртые сутки после операции, во время ультразвукового метода исследования было обнаружено накопление жидкости, так как у этих больных имелась большая раневая поверхность щитовидной железы, и пластинка «Тахокомб» не могла покрыть всю её поверхность. Скопление жидкости было дренировано под контролем ультразвука. У одного больного был выявлен парез правой голосовой складки, у другого – паралич левой голосовой складки. На фоне лечения, у 2 (2,8%) пациентов через 4-6 недель после операции голос полностью восстановился. Также, у одного больного наблюдалась инфильтрация области послеоперационной раны, которую лечили консервативным путём.

ТАБЛИЦА. ХАРАКТЕР РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДТЗ

Виды осложнений	Группа больных	
	Основная (n=69)	Контрольная (n=65)
Кровотечение	–	4(6,1%)
Гипопаратиреоз	–	2(3,0%)
Токсический криз	–	1(1,5%)
Паралич голосовых связок	1(1,4%)	2(3,0%)
Парез голосовых связок	1(1,4%)	2(3,0%)

В послеоперационном периоде проводился динамический контроль ультразвуковым методом исследования за течением раневого процесса. Случаи ухудшения состояния больных, требующие дополнительного хирургического вмешательства, не отмечались. Продолжительность койко-дней после операций с использованием усовершенствованных методик составила 4,1±0,1 суток, в контрольной группе – 7,9±0,2 суток.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, разработанный нами способ профилактики ранних послеоперационных осложнений после резекции щитовидной железы позволяет сократить число раневых осложнений, образование гематом и спаек, а также уменьшить сроки пребывания больных в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М.И. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба и возможности прогнозирования его результатов /М.И.Балаболкин[и др.]//Проблемы эндокринологии. -2000. -№4. -С.34-38
2. Кахаров А.Н. Диагностика и хирургическое лечение зоба/А.Н.Кахаров //Душанбе. -2008. -187с.
3. Ветешев П.С. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба /П.С.Ветешев, С.К.Мамаев//Хирургия. -2006. -№2. -С.63-68
4. Дедов И.И. Эндокринология /И.И.Дедов, Г.А.Мельниченко, В.В.Фадеев//Медицина.-М.-2000. -631с.
5. Калинин А.П. Хирургическая эндокринология/ А.П.Калинин, Н.А.Майстеренко, П.С.Ветешев // Медицина. -М. -2004.-540с.
6. Трунин Е.М. Диффузный токсический зоб/ Е.М.Трунин //СПб. -2006.-180с.
7. Angelici A.M. Intraoperativeinjuriesofthesuperiorlaryngealnerve in thyroid surgery /A.M. Angelici [et al.]//G.Chir. – 2004. -Vol.25.- N4. - P.129-131
8. Chou F.F. Results of subtotal thiroidectomy for Graves disease / F.F.Chou,P.W.Wang, S.C.Huang// Thyroid. - 1999. - V.9. - N3. - P. 253-257

Summary

Prevention of early postoperative complications in surgery of diffuse toxic goiter

M.K. Gulov, Z.M. Nurov

The results of surgical treatment of 134 patients with diffuse toxic goiter were analyzed in paper. The patients were divided into two groups. To the traditional method of surgery underwent 65 (48,5%) patients from I group, in group II – 69 (51,5%) patients, were operated by the method advanced in the clinic and aimed at the prevention of early postoperative complications. In early postoperative time a variety of postoperative complications were in 11 (16,2%) patients.

Key words: diffuse toxic goiter, thyroid gland, bleeding

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.К. Гулов - проректор по науке и издательской работе ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139; E-mail: gulov_m@mail.ru