РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Пампутис С.Н.¹, Александров Ю.К.¹, Дякив А.Д.¹, Беляков И.Е.¹

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
150000, ул. Революционная 5, Ярославль, Россия

Резюме. С целью оценки особенностей послеоперационного периода и эффективности организационных и лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями щитовидной железы с явлениями компрессии органов шеи и средостения проанализированы ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения 119 больных за период 2016-2017 гг. с узловым, многоузловым и рецидивным зобом с явлениями компрессии органов шеи и верхнего средостения. Всего в исследование были включены 119 пациентов, которым были выполнены экстирпация щитовидной железы (43), резекция щитовидной железы (33) и гемитиреоидэктомия (43). Сравнения проводились исходя из объёма предоперационного обследования, непосредственно оперативного вмешательства и особенностей интраоперационной техники. Установлено, что степень выраженности местных болевых ощущений, послеоперационных осложнений в виде отёка шеи вследствие образования гематомы и сером достоверно зависели от размера кожного разреза, рассечения коротких мышц шеи, мобилизации кивательных мышц и удалении клетчатки с лимфатическими узлами. Через 6 месяцев после оперативного лечения пациенты жалоб не предъявляли. При возникновении гипокальциемии (14 случаев) пациентам проводилось комплексное лечение по оригинальной схеме. В результате проведённой терапии во всех случаях явления гипокальциемии купировались. Исследование показало, что эффективность хирургического лечения, течение послеоперационного периода, осложнения, косметические результаты и качество жизни больных, оперированных по поводу узлового, многоузлового и рецидивного зоба, а также реабилитационные риски зависят от недостатков предоперационного обследования, увеличения объёма оперативного пособия и поздней констатации осложнений.

Ключевые слова: щитовидная железа, узловой зоб, хирургическое лечение, тактика, послеоперационный период, осложнения, реабилитация, тиреоидэктомия.

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER OPERATIONS ON THE THYROID

Pamputis S.N.¹, Aleksandrov Yu.K.¹, Dyakiv A.D.¹, Belyakov I.E.¹

¹The Yaroslavl state medical university, 150000, Revolyutsionnaya St. 5, Yaroslavl, Russia

Summary. Scientists and specialists, who works in the field of treatment thyroid gland diseases, identify and eliminate the effects of surgical interventions with nodular, multinodular and recurrent goiter with symptoms of compression of the organs of the neck and upper mediastinum. In total, the study included 119 patients who underwent extirpation of the thyroid gland (43), resection of the thyroid gland (33) and hemithyroidectomy (43). Comparisons were made on the basis of the volume of the preoperative examination, the immediate surgical intervention and the features of the intraoperative technique. It was established that the severity of local pain, postoperative complications such as neck edema during hematoma and gray formation reliably depended on the size of the skin incision, dissection of the short neck muscles, mobilization of the nodding muscles and removal of the tissue from the lymph nodes. 6 months after the surgical treatment, the patients had no complaints. If hypocalcemia occurs (in 14 cases), patients undergo a comprehensive treatment according to the original scheme. As a result of the treatment in all cases, the action of hypocalcemia was stopped. The study shows that the effectiveness of surgical treatment, the postoperative period, complications, cosmetic results and quality of life, as well as rehabilitation studies aimed at reducing the effectiveness of preoperative examination, increasing the amount of operational benefits and late statement of complications.

Key words: thyroid gland, nodular goiter, surgical treatment, tactics, postoperative period, complications, rehabilitation, thyroidectomy.

Введение. Используемые в клинической практике критерии эффективности хирургического лечения пациентов с патологией щитовидной железы (ЩЖ) чаще всего основываются на традиционных параметрах стандартов: койко-день и осложнения послеоперационного периода. Данные показатели важны, но не соответствуют в полной мере критериям современной доказательной медицины, которые базируются на клинической, психологической и социальной эффективности хирургических вмешательств и, что принципиально, на отдалённых результатах лечения по указанным выше критериям. Особенно это важно в свете того, что, несмотря на сужение показаний к хирургическому лечению [1,2], число пациентов, оперированных по поводу патологии ЩЖ, растёт, что значительно увеличивает когорту лиц, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях. Вопросы профилактических и реабилитационных мероприятий при операциях на ЩЖ постоянно обсуждаются и дополняются [3,4,5]. При оценке имеющихся публикаций о раннем и отдалённом послеоперационных периодах установлено, что вопросы отдалённых результатов и эффективности реабилитационных мероприятий имеют недостаточное освещение [6]. Поэтому разработка лечебно-реабилитационных мероприятий, рассчитанных на длительный послеоперационный период, с целью снижения влияния

послеоперационных осложнений на жизнь пациентов приобретает особую актуальность не только с позиций фундаментальной и прикладной медицинской науки, но и с позиции социальной значимости.

Цель работы: оценить особенности послеоперационного периода и эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями щитовидной железы с явлениями компрессии органов шеи и средостения.

Материалы и методы исследования. Всего за 2016-2017 годы в клинике была выполнена 421 операция по поводу различных заболеваний ЩЖ (в 2016 - 211, в 2017 – 210). В исследование были включены 119 пациентов с патологией ЩЖ. Критериями включения были: 1. Наличие узлового или многоузлового зоба. 2. Рецидивный многоузловой зоб. 3. Установленные явления компрессии и девиации органов шеи и верхнего средостения как по клиническим данным, так и по данным инструментальных методов исследования (УЗИ, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, фиброгастроскопия, ларингоскопия, бронхоскопия). Критериями исключения были определены: 1. Диффузные поражения ЩЖ. 2. Гипертиреоз на основании клинических и лабораторных данных. 3. Рак ЩЖ, установленный при цитологическом исследовании. 4. Ранее выполненные операции по поводу рака ЩЖ.

Причиной исключения из исследования пациентов с гипертиреозом был обязательный прием в рамках предоперационной подготовки анти тиреоидных препаратов, существенно влияющих на локальное (органное) кровоснабжение ЩЖ. Причина исключения из исследования пациентов с опухолевыми заболеваниями ЩЖ была связана с тем, что у большинства из них не было явлений компрессии и девиации органов шеи, а также с тем, что в этих случаях изначально планируемый объем операции был большим (по онкологическим принципам).

Всего были выполнены 43 тиреоидэктомии, 33 резекции щитовидной железы и 43 гемитиреоидэктомия. В ходе выполнения операции у 27 пациентов было выполнено поперечное сечение коротких мышц шеи, у 92 – мышцы не пересекались.

Эффективность хирургического лечения оценивали по шкале, которая включала в себя три параметра: осложнения (оценка врача и пациента), косметический результат (оценка врача и пациента), адекватность предоперационного обследования и выполненного хирургического пособия. Состояние послеоперационной раны (в раннем периоде) оценивали по визуальной шкале и данным УЗИ. Косметический результат оценивали по вербальной описательной 10-бальной шкале VDS [7]. Оценку качества жизни проводили по шкале SF-36.

Результаты и обсуждение. Жалобы, предъявляемые пациентами в раннем послеоперационном периоде (1-3 сутки после операции), были связаны непосредственно с операционной травмой. Степень выраженности местных болевых ощущений достоверно ($p < 0,001$) зависела от размера кожного разреза и особенностей оперативного вмешательства (в частности рассечения коротких мышц шеи, мобилизации кивательных мышц, удаления клетчатки с лимфоузлами). У 92 пациентов без рассечения коротких мышц шеи ранний послеоперационный период протекал гладко. Большая часть пациентов (92,4%) отказалась от анальгетиков на следующий день после операции. Отёк шеи был незначительным. Явления дисфагии отсутствовали. Гематомы и серомы возникли у 12 больных. Через 3 месяца после операции отёк в области раны отсутствовал у всех пациентов, у 11 - рубец был фиксированным, смещался при глотании за гортанью, но на качество жизни не влиял. Через 6-9 месяцев после операции жалобы на состояние рубца предъявляли 8 пациентов: у 3 сформировался гипертрофический рубец, у 5 – был фиксированный рубец, смещавшийся при глотании за трахею.

В группе пациентов (27 случаев) с рассечением коротких мышц шеи результаты были иными. При оценке раны отмечено, что в этой группе подкожные гематомы возникли в 18 случаях. Пациенты принимали анальгетики в течение 3-4 дней. Имел место выраженный отек шеи в 23 случаях (79,3%), причём в 14 случаях (48,3%) за счёт гематом объёмом 25 мл и более, которые эвакуировались пункционно под контролем УЗИ. В результате реабилитационных мероприятий (щадящий режим, холод на рану, аспирация гематом, вакуумирование раны) было достигнуто улучшение состояния (как субъективных ощущений, так и уменьшение местно-воспалительных явлений со стороны послеоперационной раны) у всех больных.

При оценке 4 случаев послеоперационной дисфонии установлено, что в 3 случаях причиной ее был односторонний парез мышц гортани (травма возвратного нерва). Дисфония была установлена в 1 сутки после операции (клинически и УЗИ гортани). В лечении пациентов активное участие принимал фониатр. В комплекс лечебных мероприятий были включены «дексаметазон» (4 мг, 2 раза в день, в/в), «дибазол» (1,0 мл 2 раза в день) и фониартрические упражнения. При контрольном осмотре через 6 месяцев пациенты жалоб не предъявляли. В одном случае при оценке состояния гортани (УЗИ, ларингоскопия) было установлено ограничение подвижности обеих связок. При этом у пациентки не было одышки, был сохранен кашлевой рефлекс. Дисфония не зависела от физических и эмоциональных нагрузок, была одинаковой в положении сидя и лёжа.

В 14 наблюдениях была установлена гипокальцемия: в 8 случаях в группе пациентов после тиреоидэктомии (18,6%), в 6 случаях после органосберегающих операций. В 2

случаях клиническая симптоматика отсутствовала. В 12 наблюдениях отмечались покалывания в пальцах рук, тянущие боли в конечностях, положительный симптом Хвостека. Причиной гипокальциемии не всегда было удаление околощитовидных желёз, чаще всего это были последствия травматичности вмешательств из-за сложного выделения околощитовидных желёз. Также отмечено, что это были в основном женщины старше 55 лет (12 человек) с явлениями климакса, 6 из них до операции принимали препараты витамина Д. Явления гипокальциемии были купированы внутривенным введением хлорида кальция с последующим назначением препаратов витамина Д («вигантол», «Альфа-Д3-Тева»).

Операционная рана в 8 случаях ушивалась отдельными узловыми швами, в 111 случаях выполнялся внутрикожный шов нерассасывающимся материалом (производное полипропилена), который удалялся на 7-10 сутки после операции. У 7 пациентов через 3 месяца после операции на фоне значительного отёка сформировался фиксированный рубец, который смещался при глотании за трахеей, но на качество жизни существенно не влиял. Через 9 месяцев после операции жалобы на состояние рубца предъявляли 5 пациенток, у которых сформировался гипертрофический рубец. В остальных случаях имелись линейные нормотрофические рубцы.

Оценка качества жизни (КЖ) проводилась с использованием стандартной анкеты SF-36 за сутки до операции, через 3, 6 и 12 месяцев после операции. При проведении оценки качества жизни было установлено, что до операции параметры КЖ достоверно находились на низком уровне ($p < 0,01$). После выполнения операции отмечалось динамичное улучшение показателей КЖ по обоим компонентам здоровья: показатель ФФ увеличился на 15,1 баллов, РФ – на 18 баллов, ИБ – на 13,6 баллов, ОЗ – на 14,1 баллов, ЖА – на 15,6 баллов, СФ – на 18,4 баллов, РЭФ – на 12 баллов, ПЗ – на 11 баллов.

Заключение. Оценка послеоперационного периода, осложнений, косметических результатов и оценки качества жизни больных, оперированных по поводу многоузлового зоба, показала, что частота осложнений связана с многими факторами. Реабилитационные риски возрастают при недостаточном предоперационном обследовании, расширении объема оперативного вмешательства и поздней диагностике осложнений.

Список литературы:

1. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Криволапов Д.С. Обоснование минимально-инвазивных оперативных вмешательств на щитовидной железе //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2017. Т. 176. № 5. С. 21-28.
2. Кухтенко Ю.В., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. Структура заболеваний щитовидной железы у пациентов различных возрастных групп // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2016. № 3 (59). С. 130-136.
3. Шулутко А.М., Семиков В.И., Грязнов С.Е. и др. Риск гипокальцемии у больных после операций на щитовидной железе //Хирургия.Журнал им. Н.И.Пирогова. 2015. № 11. С. 35-40.
4. Макарьин В.А., Семенов А.А., Черников Р.А. и др. Чрескожная ультразвукография в визуализации голосовых связок // Лучевая диагностика и терапия. 2015. № 2 (6). С. 70-73.
5. Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Криволапов Д.С. Профилактика ятрогенных повреждений гортанных нервов при традиционных и малоинвазивных операциях на щитовидной железе // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2017. Т. 36. № 1. С. 17-24.
6. Mobayen, M., Baghi, I., Farzan, R. et al. Comparison of the results of total thyroidectomy and Dunhill operation in surgical treatment of multinodular goiter. Indian J Surg (2015) 77 (Suppl 3): 1137. <https://doi.org/10.1007/s12262-015-1213-z>
7. Gaston-Johansson, F., Albert, M., Fagan, E., & Zimmerman, L. Similarities in pain descriptions of four different ethnic-culture groups. Journal of Pain and Symptom Management, 1990; 5, 94–100

Информация об авторах.

Пампутис Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет. e-mail: Pamputis@yandex.ru, контактный телефон: 8(902)334-55-59

Александров Юрий Константинович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, e-mail: uka2000@mail.ru, контактный телефон: 8(905)132-62-21

Дякив А.Д. аспирант кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, e-mail: DyakivArtyom@gmail.com, контактный телефон: 8(910)810-05-55

Беляков И.Е. кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, e-mail: Belyakovdoc@mail.ru, контактный телефон: 8(910)979-50-68