

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРАДИЦИОННЫХ И ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ И ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗАХ

Мансур Мулланурович Хасаншин*

Казанская государственная медицинская академия, г. Казань, Россия;

Межрегиональный клинично-диагностический центр, г. Казань, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-307

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности традиционных и видеоассистированных операций.

Методы. Объектом исследования послужили 80 пациентов, оперированных с 2010 по 2015 гг. включительно по поводу заболеваний щитовидной и паращитовидных желёз. В первую (основную) группу включены 35 больных, которым выполняли видеоассистированные хирургические вмешательства. Во вторую группу (сравнения) вошли 45 больных, оперированных традиционным способом. Операции при заболеваниях щитовидной железы проводили в объёме гемитиреоидэктомии, при заболеваниях паращитовидных желёз — в объёме паратиреоидэктомии при третичном гиперпаратиреозе и удаления аденомы при первичном.

Результаты. При гемитиреоидэктомии с применением видеотехники длительность оперативного вмешательства составила в среднем $42,2 \pm 3,6$ мин, традиционным методом — $34,4 \pm 2,8$ мин ($p=0,086$). Возвратный гортанный нерв и паращитовидные железы были идентифицированы при традиционных операциях в 73%, а при видеоассистированных — в 96% случаев ($p=0,012$). При видеоассистированных операциях нарушений фонации зарегистрировано не было, а при традиционных операциях они выявлены у 7 пациентов (14,0%, $p=0,041$). Транзиторная гипocalcемия по результатам лабораторных исследований отмечена у 1 (3,3%) пациента после вмешательства с помощью видеотехники и у 3 (6,0%) пациентов после традиционной операции ($p=0,998$). Продолжительность госпитализации после операции, выполненной традиционным способом, составила в среднем $8,1 \pm 1,8$ койко-дня, а после операции при помощи видеотехники — $2,6 \pm 1,6$ ($p=0,040$). Размер послеоперационного рубца в группе оперированных с помощью видеотехники составил до 3 см, в группе традиционных операций — до 7 см.

Вывод. При соответствующем отборе больных, в частности при патологии паращитовидных желёз, считаем обоснованным применение видеоассистированных операций; при патологии щитовидной железы использование видеоподдержки позволяет детально идентифицировать анатомические структуры шеи.

Ключевые слова: видеоассистированные операции, щитовидная железа, паращитовидные железы.

COMPARATIVE ANALYSIS OF CONVENTIONAL AND VIDEO-ASSISTED SURGERIES ON THYROID AND PARATHYROID GLANDS

M.M. Khasanshin

Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia

Aim. A comparative analysis of conventional and video-assisted operations effectiveness.

Methods. The study included 80 patients who were operated from 2010 to 2015 for thyroid and parathyroid glands diseases. The first (main) group included 35 patients who underwent video-assisted surgery. The second group (comparison group) included 45 patients who were operated conventionally. Surgery for thyroid gland diseases included hemithyroidectomy, for diseases of the parathyroid glands — parathyroidectomy in patients with tertiary hyperparathyroidism and adenoma resection in patients with primary hyperparathyroidism.

Results. In video-assisted hemithyroidectomy, mean surgery duration was 42.2 ± 3.6 min, compared to 34.4 ± 2.8 min ($p=0.086$) in conventional method. Recurrent laryngeal nerve and parathyroid glands were identified in 73% of cases at conventional surgery, compared to 96% at video-assisted hemithyroidectomy ($p=0.012$). At video-assisted surgeries, no phonation disorders were recorded, while at conventional surgeries they were diagnosed in 7 patients (14.0%, $p=0.041$). Transient hypocalcemia according to the results of laboratory tests was observed in 1 (3.3%) patients after video-assisted and in 3 (6.0%) patients after conventional surgery ($p=0.998$). The average length of hospital stay after conventional surgery was 8.1 ± 1.8 days, and after video-assisted surgery — 2.6 ± 1.6 days ($p=0.040$). Postoperative scar size in the group of video-assisted surgery not exceeded 3 cm, in the group of conventional surgery — up to 7 cm.

Conclusion. With proper selection of patients, particularly with parathyroid gland diseases, are video-assisted surgery might be a method of choice. Using video-assisted surgery in treating patients with thyroid gland diseases allows to identify anatomical structures of the neck in detail.

Keywords: video-assisted surgery, thyroid, parathyroid glands.

С каждым годом во всём мире количество больных с заболеваниями щитовидной и паращитовидных желёз увеличивается. Так, ряд авторов сообщают о 4–5-кратном увеличении за последние годы числа пациентов с узловыми формами зоба и аденомами паращитовидных желёз [3].

Однако до сих пор остаётся спорным

вопрос о выборе оптимального метода оперативного вмешательства, так как неверная хирургическая тактика может привести к росту послеоперационных осложнений [2].

При операциях на щитовидной и паращитовидных железах традиционным методом нередко возникают осложнения, связанные с повреждением возвратных гортанных нервов (0,3–13,5% случаев). Частота интраоперационных осложнений при хи-

Сравнение групп наблюдения по половому составу

Пол	Первая группа (основная)		Вторая группа (сравнения)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Женщины	26	74,3	34	75,6	60	75
Мужчины	9	25,7	11	24,4	20	25
Итого	35	100	45	100	80	100

Таблица 2

Распределение больных по возрасту

Возраст, годы	Первая группа (основная)		Вторая группа (сравнения)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 20	0	0	2	5,7	2	2,5
21–30	3	6,7	3	8,6	6	7,5
31–40	20	44,4	9	25,7	29	36,3
41–50	16	35,6	16	45,7	32	40
51–60	3	6,7	4	11,4	7	8,8
61–70	3	6,7	1	2,9	4	5
Итого	45	100	35	100	80	100

Таблица 3

Распределение пациентов по диагнозам

	Первая группа (основная)		Вторая группа (сравнения)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Узловой зоб	21	60	35	77,8	56	70
Первичный гиперпаратиреоз	11	31,4	9	20	20	25
Третичный гиперпаратиреоз	3	8,6	1	2,2	4	5
Итого	35	100	45	100	80	100

рургическом лечении заболеваний щитовидной и паращитовидных желёз даже в специализированных стационарах колеблется от 3 до 20% [1, 4].

Видеоассистированная хирургия этих желёз служит новым малотравматичным и перспективным вмешательством, однако, чтобы сделать окончательные выводы о возможности более широкого применения этого метода, необходимо дальнейшее изучение [4].

Таким образом, выбор способа оперативного вмешательства определяется многими факторами, среди которых важнейшими являются частота послеоперационных осложнений, косметический результат и длительность лечения и реабилитации

Цель работы — провести сравнительный анализ эффективности традиционных и видеоассистированных операций.

Объектом исследования послужили 80 пациентов, оперированных с 2010 по 2015 гг. включительно по поводу заболеваний щитовидной и паращитовидных желёз. Мужчин было 20 (25%), женщин — 60 (75%).

Для объективной оценки результатов

хирургического лечения заболеваний щитовидной и паращитовидных желёз все пациенты были разделены на две группы (табл. 1, 2).

В первую (основную) группу включены 35 больных, которым выполняли видеоассистированные хирургические вмешательства: 21 — с диагнозом «узловой зоб», 14 — по поводу заболеваний паращитовидных желёз (табл. 3).

Во вторую группу вошли 45 больных, оперированных традиционным способом, то есть через поперечный разрез по передней поверхности шеи. Среди 45 больных контрольной группы 35 пациентов поступили с диагнозом «узловой зоб», 10 — с заболеваниями паращитовидных желёз (см. табл. 3).

Статистический анализ данных, представленных в табл. 1–3, позволил сделать вывод о том, что сравниваемые группы однородны.

Операции при заболеваниях щитовидной железы проводили в объёме гемитиреоидэктомии, при заболеваниях паращитовидных желёз — в объёме паратиреоидэктомии при третичном гиперпаратиреозе и удаления аденомы при первичном.

Продолжительность операций в группах сравнения в зависимости от объёма оперативного вмешательства (мин)

Объём оперативного вмешательства	Видеоассистированная операция	Традиционная операция	p
Гемитиреоидэктомия	44,0±3,8	35,4±3,3	0,1
Паратиреоидэктомия	36,6 ±2,6	30,4±3,1	0,149

Характер и количество осложнений при оперативных вмешательствах

Типы осложнений	Видеоассистированные операции		Традиционные операции		p
	абс.	%	абс.	%	
Односторонний парез возвратного гортанного нерва с временным нарушением фонации	0	0	7	14	0,041
Транзиторная гипокальциемия по результатам лабораторных исследований	1	3,3	3	6	0,998
Всего	1	3,3	10	20	0,047

Для гемитиреоидэктомии показания к оперативному вмешательству были следующими:

– узловой зоб до 2,0 см в диаметре с ростом узла, при этом объём узла менее 20,0 мл;

– объём доли щитовидной железы <30 мл по данным ультразвукового исследования.

Для паратиреоидэктомии показанием к операции был первичный и третичный гиперпаратиреоз.

При гистологическом исследовании во всех случаях была подтверждена доброкачественная природа заболеваний.

Статистическая обработка проведена с использованием пакета SPSS (v. 18.0). Для анализа качественных показателей использовались критерий χ^2 и точный критерий Фишера. Сравнение количественных показателей групп наблюдения выполнено с использованием критерия Стьюдента. Результаты представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое значение, m — стандартная ошибка среднего.

С учётом специфики операции было проведено отдельное сравнение пациентов с заболеваниями щитовидной и паращитовидных желёз.

При гемитиреоидэктомии с применением видеотехники длительность оперативного вмешательства составила в среднем 42,2±3,6 мин, при традиционном методе — 34,4±2,8 мин ($p=0,086$).

Продолжительность операций при гемитиреоидэктомии и паратиреоидэктомии в сравниваемых группах статистически значимо не различалась (табл. 4).

Использование эндовидеоскопического оборудования обеспечивает чёткую визу-

ализацию и увеличение, даёт возможность выделять возвратный гортанный нерв и паращитовидные железы. В наших исследованиях нерв и железы были идентифицированы при традиционных операциях в 73% случаев, а при видеоассистированных — в 96% ($p=0,012$).

После оперативного вмешательства традиционным методом дренаж устанавливали как при гемитиреоидэктомии, так и в область паратиреоидэктомии. Общей объём серозно-сукровичного отделяемого по дренажу в первые сутки составил 38,2±2,1 мл. Всем пациентам дренаж удаляли на следующий день. При видеоассистированных операциях дренирования раны не требовалось.

Характер осложнений оперативных вмешательств представлен в табл. 5.

Следует отметить, что нарушения фонации носили временный характер, парезы голосовых связок на отдалённых сроках не выявлены ни в одном случае. Что касается транзиторной гипокальциемии, сравнение по данному показателю не совсем корректно, поскольку причины гипокальциемии могут быть различными.

Продолжительность госпитализации после операции традиционным способом составила в среднем 8,1±1,8 койко-дня, а после операции при помощи видеотехники — 2,6±1,6 дня ($p=0,040$).

Длина послеоперационного рубца была измерена у всех пациентов. В отличие от традиционной операции, когда производят длинный воротникообразный разрез, видеоассистированная операция, несомненно, имеет преимущество. Выигрыш в длине послеоперационного рубца составляет в среднем 5 см. Размер послеоперационного

рубца в группе оперированных с помощью видеотехники составил до 3 см, а в группе традиционных операций — до 7 см. Учитывая расположение на шее, эта разница существенна для пациентов, особенно женщин, которые чаще страдают заболеваниями щитовидной железы.

ВЫВОДЫ

1. При соответствующем отборе больных, в частности при патологии паразитовидных желёз, считаем обоснованным применение видеоассистированных операций.

2. При патологии щитовидной железы использование видеоподдержки позволяет детально идентифицировать анатомические структуры шеи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бубнов А.Н., Гринёва Е.Н., Кузьмичёв А.С., Трунин Е.М. Заболевания щитовидной железы.

Часть I. Узловой зоб. — СПб.: Гиппократ, 2002. — 96 с. [Bubnov A.N., Grineva E.N., Kuz'michev A.S., Trunin E.M. *Zabolevaniya shchitovidnoy zhelezy. Chast' I. Uzlovoy zob.* (Thyroid gland diseases. Part I. Goiter.) Saint Petersburg: Gippokrat. 2002; 96 p. (In Russ.)]

2. Дедов И.И., Балаболкин М.И., Марова Е.И. и др. Болезни органов эндокринной системы: руководство для врачей / Под ред. И.И. Дедова. — М.: Медицина, 2000. — С. 290–295. [Dedov I.I., Balabolkin M.I., Marova E.I. et al. *Bolezni organov endokrinnoy sistemy: rukovodstvo dlya vrachev.* (Endocrine diseases: handbook for physicians.) Ed. by I.I. Dedov. Moscow: Meditsina. 2000; 568 p. (In Russ.)]

3. Котова Г.А. Современные методы исследования щитовидной железы (лекция) // В помощь практ. врачу. — 1990. — №3. — С. 42–45. [Kotova G.A. Contemporary methods for thyroid gland examination (lecture). *V pomoshch' prakticheskomu vrachu.* 1990; 3: 42–45. (In Russ.)]

4. Соловьёв Н.А. Комплексный подход к диагностике и хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы // Междунард. эндокринол. ж. — 2011. — №8 (40) — С. 85–95. [Solov'ev N.A. Complex approach to diagnosis and surgical treatment of thyroid gland diseases. *Mezhdunarodnyy endokrinologicheskij zhurnal.* 2011; 8 (40): 85–95. (In Russ.)]

УДК 616.831-001.31-001.34: 616.71-001.5: 616.33-002.44: 616.33-002.446-005.1: 616.15-07

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ГУМОРАЛЬНЫЕ МАРКЁРЫ ПРИ СТРЕССОВЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Фазил Икрам оглы Алыев*

Научно-исследовательский центр Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджан;

Клиническая больница №1, г. Баку, Азербайджан

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-310

Цель. Оценить значимость ряда гуморальных показателей при желудочно-кишечных кровотечениях на различных этапах тяжёлой сочетанной черепно-мозговой травмы.

Методы. В исследование включены 347 больных с тяжёлыми черепно-мозговыми травмами (ушибом головного мозга, внутримозговыми кровоизлияниями) в сочетании с переломами конечностей и костей таза (215 случаев), органов брюшной полости (75 пациентов), грудной клетки и лёгких (57 человек). Исследовали образцы крови и содержимого желудка на 1-й, 3-й, 5-й, 8-й, 9-й, 12-й, 15-й и 18-й дни после травмы. На 3-й, 5-й, 7-й и 10-й дни проведена фиброэзофагострудоеноскопия. С помощью титрования сыворотки крови и образования преципитата определяли уровень антистрептолизина О и антигиалурионидазы, а также С-реактивного белка, сиаловых кислот.

Результаты. В 1-й день уровень антистрептолизина О был выше нормы (на $4,1 \pm 1,3$ ЕД/мл), на 8–10-е сутки достигал максимального значения (превышение нормы на $61,3 \pm 1,7$ ЕД/мл), а с 15-го дня наблюдалась положительная динамика. Содержание антигиалурионидазы было стабильно повышенным с 5-го дня наблюдения. Уровень С-реактивного белка с первых дней был выше нормы (на $0,1 \pm 0,17$ мг/л), в последующем прогрессивно увеличиваясь и достигая пика на 9-й день, что указывало на продолжение воспалительного процесса. Содержание сиаловых кислот уже в первые дни было в 2 раза больше нормы, сохраняясь практически на том же уровне до конца исследования. Эндоскопические исследования у 21 пациента с желудочно-кишечными кровотечениями показали, что в 11 (52,4%) случаях источником кровотечения были острые эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в 5 (23,8%) — хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ещё в 5 (23,8%) наблюдениях кровотечения возникли вследствие обострения хронической язвы двенадцатиперстной кишки.

Вывод. Изменения сывороточного уровня антистрептолизина О, антигиалурионидазы и сиаловых кислот у больных с тяжёлыми черепно-мозговыми травмами, сочетающимися с другими повреждениями тела, могут отражать патогенез острых гастродуоденальных эрозий и язв и рассматриваться в качестве маркёров их развития.

Ключевые слова: сочетанные травмы, острые эрозии и язвы, антистрептолизин О, антигиалурионидаза, сиаловые кислоты.