

Аскеров М.Р., Турлыкова И.А.

Пути улучшения качества жизни и профилактика специфических осложнений у больных с доброкачественными болезнями щитовидной железы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Статья посвящена доброкачественным заболеваниям щитовидной железы. Работа основана на анализе 2568 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в клинике факультетской хирургии и онкологии с 2009 по 2014 гг. Из них подробно изучено качество жизни 325 больных. Выявлено, что до операции качество жизни пациентов с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы снижено, а после операции показатели у большинства повышаются, кроме случаев, связанных с возникновением специфических осложнений. Отдельно изучалось качество жизни у больных с тиреотоксикозом, компрессионным синдромом и у пациентов старше 60 лет. Предложен способ профилактики специфических осложнений при операциях по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Предложенный способ профилактики позволяет повысить качество жизни больных в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: щитовидная железа, профилактика, специфические осложнения, способ профилактики, качество жизни

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ), требующие хирургического лечения встречаются часто. Заболеваемость колеблется в зависимости от уровня обследования и может составлять от 2 до 15% в общей популяции. Сложности морфологической диагностики создают большой поток обращений к хирургам. Сегодня операции на щитовидной железе являются весьма распространенной хирургической процедурой.

Рекомендации РАЭ (2005,2010) обосновывают тиреоидэктомию и гемитиреоидэктомию в качестве основных операций, но субтотальная и частичная резекции все еще широко применяются в хирургическом лечении зоба.

Послеоперационные осложнения сократились за последние десятилетия за счет более эффективного подхода хирургов к тактике и совершенствования техники, однако, в ряде случаев, оперативное вмешательство чревато возможностью серьезных осложнений. В связи с этим, возникает необходимость усовершенствовать диагностические и лечебные подходы при доброкачественных болезнях ЩЖ.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы, снижение частоты специфических послеоперационных осложнений.

Задачи:

1. Изучить изменение качества жизни у больных с доброкачественной тиреоидной патологией в разных нозологических группах до операций.
2. Провести сравнительную оценку качества жизни до и после операции в различные сроки.
3. Изучить причины снижения качества жизни после операции в данной группе больных.
4. Разработать способ профилактики повреждения возвратных нервов и профилактики гипопаратиреоза.

Материал и методы

Работа основана на анализе результатов обследования и хирургического лечения 2568 больных с заболеваниями ЩЖ, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии и онкологии им. С.Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета с 2009 по 2014г. У 2038 оперированных были диагностированы ДЗЩЖ. В составе оперированных больных большую часть составляли пациенты в возрасте от 31 до 59 лет, из которых преобладающее число составляли женщины.

Первую группу составили 1010 пациентов, поступивших в клинику для хирургического лечения ДЗЩЖ за период 2009 по 2011 годы и лечившихся по традиционным методикам, применявшимся по стандартам МЗ РФ. Вторую группу составили 1028 больных, поступивших в хирургический стационар в 2012-2014гг. для оперативного лечения. Кроме выполнения стандартов, применялся разработанный способ профилактики осложнений.

Результаты и обсуждение

В последние три года значительно уменьшилось число резекций щитовидной железы и субтотальных резекций щитовидной железы. Значительно увеличилось число тиреоидэктомии. Мы связываем этот факт с пересмотром показаний к операции при ДЗЩЖ и с реализацией рекомендации РАЭ.

Помимо использования Стандартов и методических рекомендаций РАЭ, пациентам проводилось дополнительное обследование и лечение с использованием параметров КЖ и методов профилактики. В стандарт обследования входило ультразвуковое обследование щитовидной железы и шеи для уточнения структуры и размеров ЩЖ, размеров и васкуляризации узлов, состояния региональных лимфатических узлов. Всем производили прицельную пункционную биопсию. В последние три года пункционная биопсия (ТАБ) производилась только под УЗИ контролем. У 325 пациенток мы определяли параметры КЖ с помощью валидированного опросника MOS SF- 36

В исследовании проводилось изучение КЖ у 325 больных с доброкачественными болезнями ЩЖ в различных нозологических группах: у 45 больных с узловым эутиреоидным зобом, 160 больных с полинодозным зобом, 65 – с диффузным токсическим зобом, 30 – с токсической аденомой щитовидной железы и 30 со смешанным токсическим зобом.

Исследование проводилось путем анкетирования больных при поступлении, до операции и в отдаленном послеоперационном периоде через 6 месяцев после операции, через 12 месяцев и через 24месяца.

Таблица 1. Группы больных

	1 группа	2 группа
Годы исследования	2009-2011гг.	2012-2014гг.
Количество больных	1010	1028
Женщины	939(92,9%)	929(90,4%)
Мужчины	71(7,1%)	99(9,6%)

Таблица 2. Распределение больных по возрасту

Возраст	2009-2011 гг.	2012-2014 гг.
20-30	99(9,8%)	102(9,9%)
31-40	320(31,7%)	338(32,8%)
41-59	383(37,9%)	371(36,1%)
60-74	184(18,2%)	188(18,3%)
75 и старше	24(2,4%)	29(2,8%)

Опросник MOS SF- 36 содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий качества жизни: физическое функционирование, физическая, ролевая, эмоциональная, социальная компетенции, болевые ощущения и их влияние на качество жизни, психическое здоровье, энергичность и общее восприятие качества жизни.

В результате статистических расчетов получены показатели, свидетельствующие о том, что распределение средних значений не было нормальным и необходимо использовать непараметрические методы статистики. Были рассчитаны медианы в разных возрастных группах и установлено, что у пациенток старше 60 лет все показатели существенно снижены. В связи этим фактором дальнейшие исследование КЖ проводились в группе женщин в возрасте от 31 до 59 лет.

Было выявлено, что до операции показатели несколько снижены по сравнению с контрольной группой. В послеоперационном периоде параметры качества жизни повысились существенно через 6 мес. Еще на 10% - через 12мес, через 24 мес параметры КЖ были такими же.

У больных с диффузным токсическим зобом исходно физическое функционирование значительно ниже, чем у больных с эутиреоидным зобом. Но после операции через 6, 12 и 24 мес параметры физического функционирования возросли, достигнув 100%. Аналогичная динамика отмечена и по другим показателям. Такое улучшение КЖ отмечено у 82% обследованных. У 58 пациенток параметры КЖ через 6 мес. снизились.

Было установлено, что у 267 (82,15%) больных из 325 в послеоперационном периоде параметры КЖ приблизились к максимальным значениям, т.е. КЖ, связанное со здоровьем улучшилось. Эти изменения констатированы через 6, 12 и 24 месяца. Эти параметры были существенно лучше, чем показатели в дооперационном периоде.

У 58 (17,85%) больных отмечено снижение показателей КЖ при анкетировании через 6 месяцев. У 28 (9,1%) больных снижение показателей отмечено через 12 и 24 месяца, а у 30 (9,75%) пациенток параметры КЖ приблизились к нормальным значениям через 12 и 24 мес.

Анализируя снижение КЖ в послеоперационном периоде мы обнаружили, что важным фактором уменьшения параметров КЖ является повреждение ветвей возвратного нерва и гипопаратиреоз. Таких больных было 28. У этих больных параметры КЖ снижены через 6 месяцев после операции, через 12 и через 24 месяца.

Другим фактором, влияющим на снижение КЖ после тиреоидных операций, является эндокринный дисбаланс и сопутствующие эндокринные нарушения. Таких больных в наших наблюдениях было 30. Анализируя анкеты и клинические данные при снижении КЖ, мы отметили наличие сопутствующего сахарного диабета, эндокринной офтальмопатии и некомпенсированный гипотиреоз и гипопаратиреоз. В число этих больных входили пациентки, у которых при коррекции эндокринных нарушений через несколько месяцев удалось улучшить показатели КЖ.

Соответственно причинам, ухудшающим параметры КЖ в послеоперационном периоде, мы разработали пути улучшения КЖ в этой группе больных, к которым относятся: профилактика специфических послеоперационных осложнений, коррекция эндокринных нарушений

Усовершенствуя технические особенности операции, мы разработали и внедрили с 2011 г. метод профилактики специфических осложнений, повреждения ветвей возвратного нерва и гипопаратиреоза. Способ защищен патентом и заключается в том, что при мобилизации доли ЩЖ для увеличения расстояния между собственной капсулой щитовидной железы и ветвями возвратного нерва, строго по капсуле с ее внешней стороны, экстракапсулярно, в трахеопищеводную борозду вводят инсулиновым шприцом (длина иглы 11мм, диаметр 0,35мм) глиатилина в количестве 1-2 мл и актовегина 1-2мл. 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 в ряде случаев после операций на щитовидной железе наступает временное нарушение функции возвратного нерва, что связано с отеком периневрального пространства и ухудшением передачи нервных импульсов. Введение глиатилина и актовегина положительно воздействует на функциональное состояние нерва.

Глиатилин улучшает передачу нервных импульсов в холинэргических нейронах, положительно воздействует на пластичность нейрональных мембран и на функцию рецепторов. Актовегин стимулирует энергетические потребности на уровне клетки, повышение устойчивости и выживаемости нервной ткани в условиях гипоксии, микроциркуляции и способствует восстановлению проводимости нерва. Это приводит к улучшению состояния возвратного нерва после операции. Мы применили способ у 102 пациентов с 2011года. Послеоперационных осложнений у этих больных не было.

Такой способ профилактики позволил снизить число осложнений после операций на щитовидной железе и улучшить качество жизни после операции в этой группе больных. За период с 2009 по 2011гг. на 1010 операций нарушение функционирование возвратного нерва возникли у 36 больных, что составило 3,56%.

Таблица 3. Объем операций при ДЗЩЖ

Вид операции	Количество наблюдений	
	Первая группа (n =1010)	Вторая группа (n =1028)
Гемитиреоидэктомия	297(29,4 %)	226(22,01%)
Тиреоидэктомия	248(24,6%)	574 (55,8 %)
Субтотальная резекция ЩЖ	405(40,14 %)	218(21,2%)
Резекция ЩЖ	59(5,86%)	17(1,7 %)

Таблица 4. Отдаленные результаты лечения больных ДЗЩЖ

Показатель	Количество наблюдений	
	Первая группа (n =1010)	Вторая группа (n = 1028)
Рецидив заболевания	15(1,38%)	14(1,36%)
Постоянный парез ветвей возвратного нерва	36(3,56 %)	21(2,04%)
• Односторонний	19(1,88%)	14 (1,36%)
• Двусторонний	17(1,68%)	7(0,69%)
Гипопаратиреоз	12(1,18%)	5(0,48%)
Гипотиреоз	210(20,8%)	250(24,31%)

После введения способа профилактики послеоперационных осложнений на 1028 операций произведенных с 2012 по 2014гг. число осложнений ранних специфических осложнений снизилось до 2,04 %.

Другой путь улучшения КЖ у больных с послеоперационными эндокринными расстройствами заключается в диспансерном наблюдении в послеоперационном периоде. Здесь важная роль принадлежит эндокринологу. Необходимо тщательно корректировать гипотиреоз и гипопаратиреоз, проводить коррекцию эндокринных нарушений.

Выводы

1. При доброкачественных заболеваниях щитовидной железы качество жизни снижается у пациентов с тиреотоксикозом и компрессионным синдромом
2. Через 6 месяцев после операции качество жизни улучшается существенно у 80% пациентов
3. Качество жизни снижается в послеоперационном периоде при наличии специфических осложнений и при гормональном дисбалансе
4. Пути улучшения качества жизни заключаются в снижении числа специфических послеоперационных осложнений, в коррекции эндокринных нарушений

Литература

1. Дубошина Т.Б., Аскеров М.Р. Методы исследования качества жизни больных с заболеваниями щитовидной железы. В кн.: Актуальные вопросы хирургической эндокринологии. Изд-во СГМУ. Саратов , 2012,с.62-66.
2. Дубошина Т.Б., Аскеров М.Р. Способ профилактики осложнений при хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы. Патент на изобретение № 2458639 20.08.2012
3. Дубошина Т.Б., Аскеров М.Р. Качество жизни у больных с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы. В кн.: Вопросы клинической медицины .Изд.Саратовского МУ,2011,с.73
4. Дубошина Т.Б., Аскеров М.Р., Романовская И.А.Способ профилактики специфических осложнений при операциях на щитовидной железе. Лечение и профилактика , 2016,2(18).с.94-98.
5. Вертянкин С. В., Мещеряков В.Л., Чолахян А.В., Шубин А.Г., Греков В.В., Пригородов М.В. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства при опухолях щитовидной железы. / В кн.: Современные аспекты хир.эндокринологии .Мат. XXУ Росс.симп..Самара ,2015 ,с.109 -113.
6. Дубошина Т.Б., Аскеров М.Р., Турлыкова И.А. Особенности операций и послеоперационного периода у больных с доброкачественной тиреоидной патологией. В кн.: Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы XXУУ1 Российского симпозиума с международным участием.Ижевск,2016,с.80-83.