

**СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

К.И. Ниязбеков, М.Н. Макеева

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(Ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.)
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты оперативного лечения 54 больных с желчнокаменной болезнью и сочетание с заболеваниями щитовидной железы. Из 54 больных женщин было 51 (94,5%) мужчин 3 (5,5%). Возраст их колебался от 20 до 70 лет. Всем больным выполнена одновременные хирургические вмешательства (холецистэктомия + резекция щитовидной железы). Доказана эффективность симультанных операций при данных заболеваниях.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, узловой зоб, симультанные операции.

**КАЛКАН БЕЗИНИН ООРУЛАРЫНА ЖАНА ӨТТҮН ТАШ ООРУЛАРЫНА
СИМУЛЬТАНТТУУ ОПЕРАЦИЯЛАРДЫ ЖАСОО**

К.И. Ниязбеков, М.Н. Макеева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(Ректор – м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова)
Комбустиология курсу бар жалпы практикадагы хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Калкан безинин оорулары менен айкалышкан өттүн таш ооруларынан жабыркаган 54 бейтапка жасалган операциялык дарылоонун жыйынтыктары берилди. 54 бейтаптын ичинен 51и аял (94,5%) 3өө эркек (5,5%). Алардын жаш курагы 20 жаштан 70 жашка чейин. Бардык бейтаптарга бир мезгилдүү хирургиялык кийлигишүү жүргүзүлдү (холецистэктомия + калкан безин резекциялоо). Бул ооруларга симультанттык операциялардын натыйжалуу экендиги далилденди.

Негизги сөздөр: өттүн таш оорусу, түйүндүү зоб, симультанттык операциялар.

**SIMULTANEOUS OPERATIONS IN DISEASES OF THE THYROID GLAND
AND GALLSTONE DISEASE**

K.I. Niyazbekov, M.N. Makeeva

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(Principal – Professor I.O. Kudaiberghenova, MD)
General Surgery Department with Combustiology Course
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: Results of surgical treatment of 54 patients with cholelithiasis associated with thyroid gland disease are presented. Among 54 diseased there are 51 (94,5%) are women and 3 (5,5%) are men. Age ranges from 20 to 70 years of age. All patients had simultaneous surgical treatment (cholecystectomy + thyroid resection). The efficiency of simultaneous surgeries at these diseases has been proved.

Keywords: cholelithiasis, thyroid nodule, simultaneous surgeries.

Введение: Отмеченное за последнее десятилетие увеличение числа лиц, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), наряду с отчетливой тенденцией возрастания доли больных, имеющих по 2-3 хирургических заболевания, совершенствование хирургической техники, техники анестезиологического пособия и реанимации, сделали возможным выполнение у этой категории пациентов 2-3 операции во время одного хирургического вмешательства [1,2].

Кроме того, появление новых хирургических технологий, значительно уменьшающих продолжительность операции и ее травматичность, в свою очередь способствовало увеличению числа симультанных вмешательств [5,6].

В настоящее время многие хирурги высказываются о необходимости сочетанных оперативных вмешательств на щитовидной железе и желчном пузыре при ЖКБ, так как последняя может быть причиной возникновения различных осложнений

в послеоперационном периоде и тогда оперативное лечение более сложное и частота послеоперационных осложнений более велика [12,14].

По данным Thompson, в 70% случаев, отказ от операции по поводу желчнокаменной болезни, ведет к развитию осложнений в послеоперационном периоде в виде острого холецистита, обтурационной желтухи, холангита и др. [9,10].

Цель работы: Представить эффективность симультанных операций при желчнокаменной болезни и заболеваниями щитовидной железы.

Материал и методики исследования

На нашем материале у 54 больных выявлено сочетание ЖКБ и зоба и им произведены симультанные операции на желчном пузыре и щитовидной железе. В основном в этой группе преобладали женщины-51, мужчин было 3. Основную часть представляли пациенты от 30 до 50 лет (33 пациента – 61,1) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту (n-54)

Пол	Всего		из них в возрасте					
	абс. ч	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Женский	51	94,5	2	9	11	19	8	2
Мужской	3	5,5			1	2		
Всего	абс. ч	54	2	9	12	21	8	2
	%		3,7	16,7	22,2	38,9	14,8	3,7

Основную группу составили больные с узловой формой зоба и лишь у двух больных был тиреотоксический зоб (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по форме зоба в зависимости от зоба

Пол	Формы зоба:		
	узловой зоб	смешанный зоб	токсический зоб
Женщины n-51	43	6	2
Мужчины n-3	2	1	
Итого 54	45 (83,3%)	7 (13,0%)	2 (3,7%)

В диагностике данных патологий мы уделяли большое значение сбору анамнеза, с целенаправленным выяснением особенностей развития и течения болезни, наличие вредных привычек самого больного, наследственной предрасположенности.

При ознакомлении с анамнезом мы выясняли первые признаки проявления заболевания, характер предшествующего лечения и его эффективность.

Обследование щитовидной железы начинали с пальпации, по которой судили о степени увеличения железы, определяли консистенцию, ее подвижность, определяли ЧСС, так как по этим данным косвенно можно выявить тиреотоксикоз. Обязательно определялся уровень гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТПО). В целях дооперационной диагностики у наблюдаемых больных применялось ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы с доплерографией. По мере необходимости применяли КТ и МРТ щитовидной железы. При подозрении на злокачественный или аутоиммунный

процесс выполняли до операции биопсию с последующим исследованием на атипичные и аутоиммунные клетки.

При обследовании желчного пузыря помимо общеклинических мы обязательно определяли печеночные тесты, осадочные пробы, широко использовали УЗИ, которое в большинстве случаев давало четкую картину для постановки диагноза (калькулезный холецистит, склероз желчного пузыря, холедохолитиаз). По мере необходимости, при трудностях постановки диагноза мы применяли КТ и МРТ.

Что касается предоперационной подготовки, то по поводу ЖКБ особой предоперационной подготовки не требовалось, лишь при необходимости проводили регидратационную терапию. В отдельных случаях проводили спазмолитическую терапию по общепринятым схемам.

Более тщательно к операции готовили больных с акцентом на состояние щитовидной железы. У 2х пациентов с диффузным токсическим зобом и у одного больного со смешанным зобом в анализах отмечалось значительное повышение уровня тиреотропного гормона. Эти пациенты в те-

чение 2-3 месяцев получали лечение под наблюдением эндокринолога и после того как добивались эутиреоидного состояния, госпитализировали в хирургическое отделение.

Можно отметить, что среди поступивших больных преобладали пациенты с тиреотоксикозом средней степени тяжести, они кроме йодтерапии получали консервативное лечение в отделении эндокринологии. После купирования тиреотоксикоза, они были подготовлены к операции и переведены в хирургическое отделение.

Показанием для выполнения операции по поводу ЖКБ служили постоянные тупые боли в правом подреберье.

Предоперационная подготовка при хирургическом лечении диффузно-токсического зоба приобретает очень важное значение. Опасно оперировать недостаточно подготовленных больных с

этой формой зоба. Правильно и систематизированно проведенная подготовка больного к операции резко уменьшает интраоперационные и послеоперационные осложнения, а также послеоперационную летальность. Особое значение приобретает комплексная предоперационная подготовка тиреостатиками, В-адреноблокаторами с обязательным включением йодистых препаратов. Целью такой предоперационной подготовки больных диффузно-токсическим зобом является купирование клинических проявлений тиреотоксикоза, нормализация лабораторных показателей уровня тиреоидных гормонов в крови, а также достижения иммунологической ремиссии заболевания.

При исследовании гормонов щитовидной железы после проведенной подготовки были получены результаты, которые даны в таблице 3.

Таблица 3

Показатели гормонов щитовидной железы у больных зобом в сочетании с ЖКБ

Показатели	M±m
T ₃ , мм/л	1,86±0,14
T ₄ , нмоль/л	69,0±4,4
ТТГ, мме/л	2,54±0,32

В результате выполненной предоперационной подготовки у большинства больных показатели уровня гормонов не превышали нормальных величин, лишь у 3 больных имело место отклонение от нормы, но они были ниже, чем до проведения предоперационной подготовки.

При анализе симультанных операций у пациентов с заболеваниями щитовидной железы возникает чрезвычайно важный вопрос – с чего начинать оперативное вмешательство. Мы считаем, что целесообразнее всего начинать с операции на щитовидной железе, а при тяжелых токсических формах лучше выполнять операции последовательно, так как при этих формах возможны осложнения не только в момент операции, но и в ближайшие часы после операции.

Сведения о сочетанных вмешательствах на щитовидной железе и других органах в литературе практически отсутствуют за исключением одномоментных тиреоид- и адреналэктомий, выполненных некоторыми хирургами при синдроме Сиппла. Щитовидная железа участвует во всех видах обмена и является важным звеном нейроэндокринной регуляции, поэтому и подход к выбору лечения должен быть строго индивидуальными с учетом возникновения осложнений на всех этапах лечения.

Нами 45 больным произведены операции на щитовидной железе в сочетании с холецистэктомией. У 11 больных произведена субтотальная субфасциальная резекция обеих долей железы. Это пациенты с диффузотоксическим, смешанным зобом, и та категория больных, у которых узлы располагались в обеих долях щитовидной железы. У 8 пациентов произведена гемиструмэктомия. Несмотря на то, что до операции этим больным проводилось пункционное гистологическое исследование, интраоперационно находили плотную, инфильтрированную ткань щитовидной железы и с онкологической точки зрения им выполнена гемиструмэктомия с последующим гистологическим исследованием удаленного органа. У 4 больных произведена энуклеация узла щитовидной железы, остальным 32 – субтотальная резекция доли щитовидной железы.

Операции на щитовидной железе проводились с особой аккуратностью, старались предельно уменьшить кровопотерю, с целью предотвращения всасывания гормонов щитовидной железы в кровотоки из раздавленных тканей, регулярно ложе железы промывалось из шприца 0,5% раствором новокаина.

После операции на щитовидной железе, если позволяло состояние оперируемого, при прием-

лемых гемодинамических показателях, приступали к симультанному этапу операции- холецистэктомии.

Всем 45 пациентам произведена холецистэктомия из минилапаротомного доступа (5-6 см) в правом подреберье по Федорову. У 3 пациентов интраоперационно обнаружен острый калькулезный холецистит. У 4 больных произведена мукоклазия по Прибраму, у них интраоперационно выявлен склероз желчного пузыря, 4 пациентам, у которых до операции диагностирован холедохолитиаз, холецистэктомия дополнялась холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха по А.В. Вишневному.

Все оперативные вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом, так как считаем, что данный вид наркоза является более оптимальным для поддержания гемодинамики во время операции.

В послеоперационном ведении больных применялся индивидуальный комплексный подход. Всем больным назначалась антибиотикотерапия. Препаратом выбора был цефтриаксон, при травматичности оперативного вмешательства добавляли метронидазол в общепринятых дозировках. Производилась коррекция водно-солевого обмена, путем введения солевых и осмотических препаратов. Особое внимание уделяли гемодинамическим показателям (ЧСС, АД). При необходимости повторно после операции брали анализ на гормоны щитовидной железы, а при их повышении и всем пациентам с диффузно-токсическим и смешанным зобом в раннем послеоперационном периоде назначали мерказолин с анаприленом. Так же этим пациентам назначали регидратационную терапию с форсированным диурезом, для снижения уровня гормонов щитовидной железы в крови.

В раннем послеоперационном периоде инфильтрат послеоперационной раны после операции на щитовидной железе выявлен у 3 пациентов. Этим больным, помимо перевязки послеоперационной раны, назначалось УВЧ раны, после чего инфильтрат рассасывался. У 2 больных возникло кровотечение из послеоперационной раны, им произведено ушивание кровоточащего сосуда подочно-жировой клетчатки. У одного рана в правом подреберье после холецистэктомии нагноилась, заживление шло вторичным натяжением. Других осложнений со стороны брюшной полости не было. Не отмечено и нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Газы отходили на 2-3 сутки, а стул был на 3-4 сутки.

Следовательно, из 54 оперированных по поводу сочетания зоба и ЖКБ осложнения имели место

у 6 больных, что составило 11,1%. Все осложнения к моменту выписки были излечены, летальных исходов не было.

Выводы:

1. Одномоментные операции на желчном пузыре и щитовидной железе избавляют пациента от повторных операций, незначительно увеличивают сроки пребывания больного в стационаре. Экономически целесообразны.
2. Одномоментные операции на желчном пузыре и щитовидной железе нужно проводить после тщательного предоперационного обследования пациента, при наличии тяжелой сопутствующей патологии нужно проводить последовательные операции.

Литература

1. Верткина, Н.В. Клинико-экономические аспекты симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста / Н.В. Верткина, Ф.Ф. Хамитов // Клиническая геронтология. - 2008. - №4. - С. 5-10.
2. Гайдарова, А.Х. Сочетанные операции в гинекологии: дис... доктора мед. наук: 14.00.01 / А.Х. Гайдарова. - М., 2003. - 357
3. Геворкян, К.С. Сочетанные операции у гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей: дис... канд. мед. наук: 14.00.01; 14.00.27 / Геворкян Карине Симоновна. - М., 2003. - 114 с.
4. Дедков, И.П. Опыт применения комбинированных оперативных вмешательств при раке прямой кишки / И.П. Дедков, М.А. Зыбина, Н.Г. Кононенко // Клиническая хирургия. - 1976. - №2. - С. 43-46.
5. Деенчин, П. Одномоментное проведение нескольких операций / П. Деенчин // Хирургия. - 1975. - №7. - С. 44-48.
6. Запорожцев, Д.А. Лапароскопические операции в гинекологии / Д.А. Запорожцев // Малоинвазивная медицина / Под ред. А.С. Бронштейна. - М.: МНПИ, 1998. - С. 160-173.
7. Иванов, В.В. Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением / В.В. Иванов, К.В. Пучков // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2011. - №4. - С. 65-69.
8. Колыгин, А.В. Оценка эффективности и определение факторов риска сочетанных операций: дис... канд. мед. наук: 14.01.17 / Колыгин Алексей Вадимович. - М., 2012. - 122 с.
9. Перельман, М.И. Сочетанные операции на легких и других органах / М.И. Перельман // Анналы хирургии. - 1996. - №1. - С. 28-31.
10. Тоскин, К.Д. Симультанные операции, название и определение / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский, А.А. Земляникин // Вестник хирургии. - 1991. - №5. - С. 3-9.

11. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / [А.В. Федоров, А.Г. Кригер, А.В. Колыгин, и др.] // Хирургия. - 2011. - №7. - С. 72-76.
12. Хнох, Л.И. Симультаные операции в брюшной полости / Л.И. Хнох, И.Х. Фельтшинер // Хирургия. - 1976. - №4. - С. 75-79.
13. Combined cholecystectomy and radical genitourinary cancer surgery / [B.J. DeBrock, B.E. Davis, M.J. Noble et al.] // Urology. - 1993. - Vol. 41, №2. - P. 103-106.
14. Combined abdominal hysterectomy, cholecystectomy and appendicectomy: a study of 25 cases in Abbottabad / [S. Griffin, N. Abbassi, Z. Parveen et al.] // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. - 2006. - V. 18. - №2. - P. 57-59.