Г.Д. Попандопуло, А.Г. Попандопуло, Д.Є. Штода, С.В. Ярощак, Є.П. Корчагин, Д.А. Попандопуло

ДО ПИТАННЯ ПРО ВИБІР МЕТОДУ ЗНЕБОЛЮВАННЯ ДЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ

Інститут невідкладної та відновної хірургії імені В.К. Гусака АМН України, Донецьк

ВСТУП

Наразі більшість операцій на щитоподібній залозі (ЩЗ) виконується із застосуванням різних варіантів тотальної внутрішньовенної анестезії зі штучною вентиляцією легенів (ТВА з ШВЛ), внутрішньовенної та внутрішньовенно-інгаляційної анестезії. Відомі недоліки та можливі ускладнення цих методів обумовлюють їх застосування за наявності певних показань. Менш часто використовується місцева інфільтраційна анестезія (МІА), яка, за даними деяких авторів, не дозволяє досягти глибокої аналгезії та адекватного вегетативного захисту, що обумовлює емоційний дискомфорт під час операції у частини хворих [1, 2]. Але відомо, що проведення операцій без виключення свідомості знижує ризик такого серйозного ускладнення, як пошкодження поворотного гортанного нерва (ПГН). Частота цього ускладнення у хірургії ЩЗ залишається досить високою, складаючи у світі від 0,02% до 6%, в Україні — від 0,7% до 10,7% [3, 4].

Мета роботи — обґрунтування вибору методу знеболювання під час операцій на ЩЗ.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Проаналізовано адекватність анестезіологічного забезпечення 2470 оперативних втручань на ЩЗ, виконаних в ІНВХ ім. В.К. Гусака АМН України протягом останніх 10 років.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У 299 (12,1%) (жінок — 272, чоловіків — 27) хворих застосовано різні варіанти ТВА з ШВЛ, показанням до яких були рак ЩЗ III-IV стадій, поопераційний рецидивний зоб, гіперплазія ЩЗ до IV-V ступеня з компресією трахеї, тяжка форма тиреотоксикозу з ураженням життєво важливих органів, а також наявність тяжких супутніх хвороб. Вік хворих коливався від 20 до 83 (48,5±5,72) років. Транзиторний парез ПГН зареєстровано у 19 (6,35%) пацієнтів. У 2 (0,67%) осіб виник стійкий парез ПГН із порушенням зовнішнього дихання, який вимагав виконання трахеостомії.

У 586 (23,72%) (жінок — 533, чоловіків — 53) хворих використано МІА, показанням для якої був вузловий еутиреоїдний зоб II-IV ступеня без супутніх захворювань і гіперплазія ЩЗ до III ступеня з токсикозом легкого ступеня. Вік хворих коливався від 17 до 56 (38,5±4,76) років. Після застосування цього методу знеболювання транзиторний парез ПГН виник у 2 (0,34%) випадках. Стійких парезів ПГН не спостерігалося.

Відчуття страху та тяжкого передопераційного дискомфорту було підставою для використання МІА з потенціюванням аналгезії та вегетативного захисту у 1585 (64,17%) (жінок — 1442, чоловіків — 143) хворих. До цієї групи було включено хворих на рак ЩЗ (папілярний і фолікулярний) I-II стадії, поопераційний рецидивний зоб, гіперплазію ЩЗ III-IV ступеня, вузловий еутиреоїдний зоб II-IV ступеня без супутніх захворювань або з їх компенсованим перебігом. Вік хворих коливався від 18 до 79 (45,2±5,27) років. У 3 (0,19%) осіб виник транзиторний парез ПГН. Стійких парезів ПГН не спостерігалося.

Обсяг оперативного втручання (інтракапсулярний, екстракапсулярний та екстрафасціальний способи видалення тиреоїдної тканини) залежав від характеру та локалізації патологічного процесу, величини патологічного осередку та обсягу тканини, що залишається. Часткова резекція, яка дозволяла зберегти близько половини частки (часток), використано за невеликих вузлових доброякісних зобів. Субтотальну резекцію, яка передбачає залишок від 1 до 4 грамів тканини залози у кожній частці (як правило, на бічній поверхні трахеї у ділянці проходження ПГН і прищитоподібних залоз), виконували за всіх форм зоба у хворих на тиреотоксикоз, а також за вузлових і багатовузлових еутиреоїдних зобів, що займають практично всю частку (частки) ЩЗ. Екстирпацію частки (часток) застосовували за злоякісних новоутворень ЩЗ.

Під час проведення МІА враховували топографо-анатомічні особливості ЩЗ і структур передньої поверхні шиї. З використанням 0,25-0,5% розчину новокаїну або 1% розчину лідокаїну (200-250 мл) виконували шкірно-підшкірну анестезію за О.В. Вишневським із наступним екстра- та субкапсулярним введенням розчину місцевого анестетику. Під

час операції таким чином забезпечується постійний контакт хворого з лікарем, що дозволяє оцінювати його голос і кашльовий поштовх.

Ґрунтуючись на принципах попереджувальної аналгезії та враховуючи мультимодальний характер формування інтраопераційного болю, для потенціювання дії місцевих анестетиків використовували нестероїдні протизапальні засоби, засоби для наркозу (кетамін у субгіпнотичних дозах — 0,4-0,6 мг/кг/годину, в/м), транквілізатори (сибазон 0,5% — 2 мл, в/м — за високої емоційної лабільності хворого).

ВИСНОВКИ

1. Анестезіологічне забезпечення операцій на ЩЗ має бути індивідуальним з урахуванням психоемоційного стану хворого, характеру та ступеня розвитку хвороби, наявності та тяжкості супутньої патології.

2. Прецизійна анатомічна хірургічна техніка з екстракапсулярним та екстрафасціальним виділенням ЩЗ у поєднанні з диференційованим підходом до виконання МІА з потенціюванням дії місцевих анестетиків дозволяє адекватно знеболити хворого, уникнути проявів післянаркозної депресії, підконтрольно маніпулювати в анатомічно складній області та значно знизити кількість таких ускладнень, як пошкодження ПГН.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Маковей В.И., Осипов С.А., Романенко А.М. и др.* Сравнительная оценка вариантов анестезии у больных эутиреоидным зобом // Анестезиология и реаниматология. — 1998. — № 3. — С. 21-24.
2. *Неймарк М.И., Калинин А.П.* Анестезия и интенсивная терапия в эндокринной хирургии. — Барнаул, 1995. — 174 с.
3. *Черенько С.М.* Профілактика специфічних ускладнень при хірургічних втручаннях на щитоподібній залозі // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2003. — № 4(5). — С. 67-69.
4. *Стернюк Ю.М., Врабель О.М., Приймич Н.Б., Вовк В.С.* Операції на щитоподібній залозі та порушення голосу // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2005. — № 1(10). — С. 57-60.

РЕЗЮМЕ

К вопросу о выборе метода обезболивания при операциях на щитовидной железе

Г.Д. Попандопуло, А.Г. Попандопуло, Д.Е. Штода, С.В. Ярощак, Е.П. Корчагин, Д.А. Попандопуло

В статье дан анализ наиболее приемлемых методов обезболивания при операциях на щитовидной железе. Основной объем оперативных вмешательств выполняется авторами под местной инфильтрационной анестезией. Показаны основные преимущества данного вида анестезии.

Ключевые слова: щитовидная железа, хирургическое лечение, анестезия.

SUMMARY

To the guestion of selection of pain relief methods during operations on thyroid gland

G. Popandopulo, A. Popandopulo, D. Schtoda, S. Yaroschak, E. Kochargin, D. Popandopulo

In article is given analysis the most acceptable method of anesthetization at operations on thyroid gland. The majority of operations was executed by authors under local infiltration anesthesia. Main advantages of this type of anesthesia are shown.

Key words: thyroid gland, surgical treatment, anesthesia.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.