

6. Во всех случаях увеличения эритроцитов выше нормы помимо исключения хронической обструктивной болезни лёгких в круг дифференциальной диагностики следует включать эритремию и миелопролиферативные заболевания.

7. Для НХЛ у лиц гериатрического возраста наиболее характерными симптомами является сочетание наличия плотных периферических лимфатических узлов с изменениями в гемограмме: ускорение СОЭ, гипохромная анемия с анизоцитозом, лейкопения и повышение уровня лактатдегидрогеназы, мочевины, креатинина в крови.

8. В каждом случае не поддающегося лечению выраженного болевого синдрома в костно-мышечной системе на фоне ускоренной СОЭ, нормохромной анемии, сдвига формулы влево, протеинурии с одновременным повышением уровней мочевины и креатинина и при отсутствии периферических отёков следует проводить дифференциальную диагностику ММ.

Соответствующая настороженность и тщательное обследование позволят вовремя поставить диагноз онкогематологического заболевания, своевременно начать специфическую терапию и продлить с лучшим качеством жизнь пожилым и старым пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Н. У. Парпротеинемические гемобластозы // Рук-во по гематологии / Под ред. А. И. Воробьёва. – М.: Медицина, 1985. – Т. 1. – С. 290–315.
2. Андреева Н. Е. Множественная миелома (прошлое, настоящее, будущее) // Гематология и трансфузиология. – 1998. – № 3. – С. 4–11.

3. Бессмельцев С. С., Абдулкадыров К. М. Множественная миелома. – СПб: изд-во «Диамант», 2004. – 12 с.

4. Воробьёв П. А., Гриншпун Л. Д. Особенности гематологических заболеваний в гериатрии // В кн. «Гериатрическая гематология. Заболевания системы крови в старших возрастных группах» / Под ред. Л. Д. Гриншпун, А. В. Пивника. – М.: Медицина, 2011. – Т. 1. – С. 7–8.

5. Гаврилина Н. С., Ильченко Л. Ю., Осканова Р. С. и др. Описание случаев множественной миеломы у больных многопрофильного стационара // Арх. внутр. мед. – 2015. – № 1 (21). – С. 12–18.

6. Гриншпун Л. Д. В12-дефицитная анемия // Гериатрическая гематология. Заболевания системы крови в старших возрастных группах / Под ред. Л. Д. Гриншпун, А. В. Пивника. – М.: Медицина, 2012. – Т. 2. – С. 415–419.

7. Поддубная И. В., Тимофеева О. Л. Неходжкинские лимфомы у лиц пожилого возраста // Гериатрическая гематология. Заболевания системы крови в старших возрастных группах / Под ред. Л. Д. Гриншпун, А. В. Пивника. – М.: Медицина, 2012. – Т. 2. – С. 143–168.

8. Рукавицын О. А., Сидорович Г. И. Множественная миелома и родственные заболевания. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. – 13 с.

9. Diehl V., Klimm B. Hodgkin lymphoma: a curable disease: what comes next? // Eur. j. hematology. – 2005. – Vol. 75 (66). – P. 6–13.

10. Gisselbrecht C., Mounier N. Treatment of poor prognosis non-Hodgkin's lymphoma // In: Education program of the 10th congress of the European hematology association. – 2005. – P. 155–160.

11. Gisselbrecht C., Mounier N. Treatment of poor prognosis non-Hodgkin's lymphoma // In: Education program of the 10th congress of the European hematology association. – 2005. – P. 166–171.

Поступила 22.02.2016

**И. П. ЧУМБУРИДЗЕ, А. Г. ХИТАРЬЯН, М. Ю. ШТИЛЬМАН,
Р. А. ЮРКОВА, С. А. КОВАЛЕВ, О. А. ЯВРУЯН**

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

*Кафедра хирургических болезней № 3
Ростовского государственного медицинского университета,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29;
тел. 89185638483. E-mail: ovanes81@list.ru*

Проведён анализ результатов лечения 67 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу узлового образования щитовидной железы. Больные были распределены на две группы. Пациентам первой группы выполнена традиционная гемитиреоидэктомия. Второй – видеоассистированная гемитиреоидэктомия (MIVAT), результатами которой стали достоверное снижение интенсивности и продолжительности болевого синдрома, лучший косметический эффект, сокращение сроков послеоперационной реабилитации и восстановления трудоспособности.

Ключевые слова: фолликулярная опухоль, видеоассистированная гемитиреоидэктомия, MIVAT.

THE FIRST EXPERIENCE VIDEOASSISTIROVANYH THYROID SURGERY

*Chair of surgical diseases № 3 Rostov state medical university,
Russia, 344022, Rostov on Don, trans. Nakhichevan, 29;
tel. 89185638483. E-mail: ovanes81@list.ru*

The analysis of results of treatment of 67 patients underwent surgical treatment for about thyroid nodules. Patients were divided into two groups. Patients of the first group performed traditional hemithyroidectomy. Second-Videoassisted hemithyroidectomy (MIVAT), which resulted in a significant decrease in the intensity and duration of pain, better cosmetic effect, reduce the period of post-operative recovery and rehabilitation.

Key words: follicular neoplasm, videoassisted hemithyroidectomy, MIVAT.

Введение

Малоинвазивные вмешательства (МИВ), предусматривающие использование высокотехнологичных методов лучевой и оптической визуализации патологических образований и применение эндоскопической техники, получают все более широкое распространение как в нашей стране, так и за рубежом. Поскольку травматичность традиционного оперативного доступа при этих операциях нередко значительно превышает травматичность оперативного приема, преимущества использования мини-инвазивного вмешательства для пациента бесспорны, и именно оно должно быть методом выбора [1].

В настоящее время операции на щитовидной железе продолжают претерпевать изменения в связи с применением малоинвазивных методов хирургического лечения пациентов с заболеваниями щитовидной железы, оставаясь одной из самых интересных тем для изучения и обсуждения [2, 5, 6].

В 1996 году впервые была выполнена эндоскопическая операция на паращитовидной железе [5]. В 1997 году С. S. Huscher, в 2002-м. Р. Miccoli с соавторами выполнили первую эндоскопическую операцию на щитовидной железе [6]. Наиболее известная малоинвазивная операция на щитовидной железе – видеоассистированная операция Miccoli и Berti MIVAT (Minimally Invasive VideoAssisted Thyroidectomy) (1998).

В России эта операция впервые выполняется с 2002 года [3]. Наибольшим опытом применения MIVAT обладает клиника Северо-Западного регионального эндокринологического центра (Санкт-Петербург) [1]. Исследования, проведенные в последние годы, убедительно показывают безопасность и высокую эффективность малоинвазивных операций на ЩЖ [7, 8]. Все большее распространение получают малоинвазивные вмешательства и в нашей стране. Однако следует признать, что до сих пор минимально инвазивная

видеоассистированная тиреоидэктомия остается на этапе своего развития, практикуется в относительно небольшом количестве и в основном в крупных специализированных центрах [4]. Существует ряд нерешенных вопросов. Недостаточно изучена целесообразность применения того или иного доступа, рекомендуемого авторами для выполнения оперативного вмешательства [9]. Отсутствуют четкие критерии оценки клинического и косметического результатов малоинвазивных операций на ЩЖ.

Вышеизложенное явилось основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования – оценка преимуществ и клинической эффективности применения в качестве оперативного пособия видеоассистированной операции Miccoli и соавт. у больных с узловым зобом.

Материалы и методы исследования

Нами проведено клиническое исследование 67 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу узлового образования щитовидной железы в клинике кафедры хирургических болезней № 3 РостГМУ в период 2014–2016 гг. В зависимости от способа операции больные были разделены на 2 клинические группы. В первой группе 32 пациентам выполнена традиционная гемитиреоидэктомия. Вторую группу составили 35 человек, которым выполнена видеоассистированная гемитиреоидэктомия. Все пациенты – женщины трудоспособного возраста (от 29 до 55 лет) сопоставимы по основным клинико-морфологическим и лечебно-хирургическим критериям. Предоперационное обследование включало стандартные методы исследования хирургических больных. Дополнительно исследовали биохимический профиль гормонов ЩЖ, ионизированный кальций, выполняли УЗИ щитовидной железы и лимфатических коллекторов шеи, ТАБ, ларингоскопию с оценкой функции голосовых складок.

У всех больных максимальный диаметр узлового образования не превышал 2,5 см, объем удаляемой доли до 15 мл. Во всех случаях у пациенток имела место цитологическая картина фолликулярной опухоли.

Противопоказанием к включению пациенток в исследование служили: тиреоидит, болезнь Грейвса, наличие в анамнезе операций на шее, медуллярного рака у близких родственников, лучевая терапия.

Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом.

При выполнении видеоассистированной операции нами использовался стандартный хирургический набор для выполнения тиреоидэктомии с эндоскопическим дополнением: эндоскоп 5-мм. 300, клипатор, диссектор, шпатель-аспиратор (Ethicon Endo-Surgery).

Методика операции заключается в следующем: выполняли разрез кожи, по возможности в кожной складке или на 2,0 см выше яремной вырезки в горизонтальном положении, симметрично по средней линии, длиной 2,5–3,5 см. На стороне поражения максимально тупым путем выделяется мышечный массив – от перстневидного хряща до нижнего полюса удаляемой доли и от средней линии до общей сонной артерии. Таким образом, формируется парус из мышечного массива для доступа эндоскопа. Используются два ретрактора для поддержки оперативного пространства.

Щитовидная железа находится в 4 точках фиксации. Эндоскопически освобождаются две, затем традиционным открытым способом выполняли окончательное удаление доли. Во всех случаях клипировали среднюю вену. При наличии средней артерии её также клипировали. Формировали по заднелатеральной поверхности железы тоннель для основного доступа к верхним щитовидным сосудам. Используя шпатель-аспиратор, из фасциального пространства визуализировали наружную ветвь верхнего гортанного нерва и ниже бугорка Цукеркандля возвратный гортанный нерв. Под эндоскопическим контролем паращитовидных желез после рассечения связки Берри выполняли клипирование верхних щитовидных сосудов. В результате мобилизовались две точки фиксации. После чего в рану выводилась выделенная доля щитовидной железы и резецировалась. Для достижения окончательного гемостаза использовалась биполярная коагуляция мелких сосудов. Операционная рана послойно ушивалась узловыми несъемными швами (викрил 4/0).

В 11 случаях выполнения MIVAT дренирования послеоперационной раны не потребовалось.

Для оценки клинической эффективности данного оперативного вмешательства в качестве критериев нами были выбраны: выраженность болевого синдрома, время выполнения опера-

ции, длина разреза, осаднение краев раны, изменение угла осевого вращения головы, удовлетворенность косметическим результатом, сроки нахождения в стационаре и продолжительность нетрудоспособности.

Полученные результаты исследования подвергли обработке при помощи пакета программ «MS Excel 2007» и пакета лицензионных прикладных программ «Statistica 6,0 for Windows», рекомендованных для статистического анализа медико-биологических данных.

Результаты исследования

Время операции измерялось от начала выполнения разреза до закрытия кожной раны. В среднем длительность операции в группе MIVAT составила на $18 \pm 4,3$ мин больше, чем при проведении обычной гемитиреоидэктомии. Это совпадает с литературными данными, которые свидетельствуют о том, что в период освоения методики время выполнения MIVAT превышает таковое при открытой операции и значительно снижается с приобретением опыта и совершенствованием операционных навыков [1, 6].

При выполнении первых 5 MIVAT дважды из-за возникшего кровотечения и плохой визуализации эндоскопа пришлось перейти к выполнению традиционной операции (исключены из исследования).

По результатам гистологического исследования у всех больных с MIVAT подтвердился диагноз фолликулярной аденомы. У 2 больных была фолликулярная аденома в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом. В одном случае в сочетании с коллоидным зобом.

В качестве оценки болевой реакции в послеоперационном периоде нами применена вербальная описательная 10-балльная шкала VDS (F. Gaston-Johansson, M. Albert et al., 1990 г.). Результаты представлены в таблице, из которой следует, что в первые сутки после операции интенсивность болевых ощущений в группе MIVAT была выражена в меньшей степени по сравнению с первой группой пациентов, коррелируя с меньшим расходом обезболивающих препаратов (кеторолак трометамин) у больным второй группы. На вторые и третьи сутки различия были не достоверны.

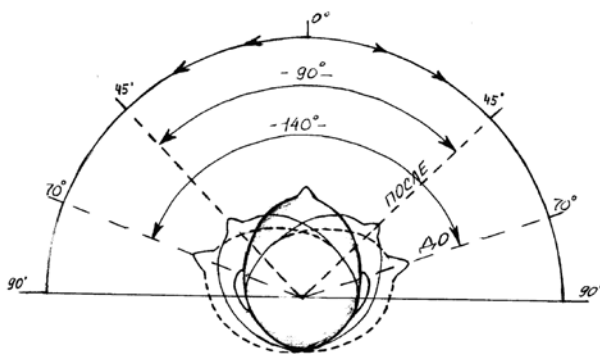
С целью оценки тяжести травматизации мягких тканей шеи мы измеряли угол осевого вращения головы до и в первые сутки после операции (рисунк). Достоверных различий при дооперационном исследовании получено не было (I группа – $139,50 \pm 9,20$, II группа – $138,70 \pm 8,80$). Через сутки после операции была обнаружена значительная разница угла осевого вращения. Так, в первой группе этот показатель составил $104,30 \pm 13,50$, а во второй группе – $127,40 \pm 9,50$, что, по нашему

Интенсивность болевого синдрома

Группы	1-е сутки после операции, баллы	2-е сутки после операции, баллы	3-м сутки после операции, баллы
Группа MIVAT	3,8±0,8	2,8±0,9	2,1±0,6
Контрольная группа	5,6±1,5	3,7±1,4	2,6±1,2

мнению, свидетельствует о меньшей операционной травме в группе MIVAT.

Косметический результат оценивали по вербальной описательной 10-балльной шкале VDS (F. Gaston-Johansson, M. Albert et al., 1990 г.), через три месяца после операции. В группе MIVAT средний балл составил 9,3 против 6,7 во второй группе пациентов, которым выполнена стандартная гемитиреоидэктомия, по шкале от 1 до 10.



Угол осевого вращения головы до и в первые сутки после операции

В MIVAT группе длина разреза была значительно меньше (2,8 ± 0,7 против 5,6 ± 0,9 см).

При выполнении первых 4 MIVAT отрицательным моментом стало осаднение краев операционной раны вследствие механического воздействия ранорасширителей, что в дальнейшем было устранено использованием силиконовых протекторов на края раны.

Применение видеоассистированной технологии позволило сократить средние сроки госпитализации пациенток с 5,4 ± 0,9 к/д до 3,2 ± 0,6 к/д.

Продолжительность нетрудоспособности больных была прослежена амбулаторно. Средняя продолжительность нетрудоспособности в группе MIVAT составила 13,4 ± 2,5 дня, во второй группе – 19,2 ± 3,4 дня.

Таким образом, интенсивность и продолжительность болевого синдрома после видеоассистированной операции меньше, чем при стандартной гемитиреоидэктомии, и обусловлены в первую очередь меньшей операционной травмой.

При использовании методики MIVAT нами получен значительно лучший косметический эффект, что немаловажно в хирургии щитовидной

железы с учетом того, что большинство пациентов – это женщины трудоспособного возраста [4].

Применение MIVAT приводит к сокращению сроков послеоперационной реабилитации и восстановления трудоспособности, подтверждая большую экономическую эффективность MIVAT по сравнению с традиционной гемитиреоидэктомией.

Соглашаясь с необходимостью соблюдения строгих показаний при выполнении MIVAT, со всей очевидностью можно предположить, что по мере накопления опыта и совершенствования операционной техники показания к выполнению MIVAT будут расширяться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Слепцов И. В., Черников Р. А., Макарыш В. А. Видеоассистированные операции в лечении пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2012. – Т. 7. № 1. – С. 46–50.
2. Решетов И. В., Севрюков Ф. Е. Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена. Видеоассистированные операции на щитовидной железе при новообразованиях из мини-доступов. 2014 г. // Междисциплинарный конгресс по заболеваниям органов головы и шеи.
3. Севрюков Ф. Е., Решетов И. В., Чиссов В. И., Голубцов А. К. Видеоассистированные операции при раке щитовидной железы с биопсией сторожевого лимфоузла // Ж. «Эндоскопическая хирургия». – 2007. – Т. 13. № 1. – С. 75. X Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии, Москва, 20–22.02.2007 г.
4. Слепцов И. В., Бубнов А. Н., Черников Р. А., Чинчук И. К., Семенов А. А., Успенская А. А., Карелина Ю. В., Макарыш В. А. Опыт применения видеоассистированных вмешательств при лечении пациентов с узловым нетоксическим зобом // Российская научно-практическая конференция, посвященная 110-летию со дня рождения академика Н. С. Молчанова, «Актуальные вопросы пульмонологии, кардиологии и эндокринологии»: Сборник материалов конференции. – Санкт-Петербург, 2009. – С. 97.
5. Рябченко Е. В., Дремлюга Н. В. Опыт выполнения видеоассистированных операций на щитовидной железе // Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2013. – С. 92–94.
6. Чумбуридзе И. П., Хитарьян А. Г., Штильман М. Ю., Юркова Р. А., Ковалев С. А., Явруян О. А. Заболевания щитовидной железы: Методическое пособие. – Ростов-на-Дону, 2016. – С. 55.
7. Giddings A. E. history of thyroidectomy // J. r. soc. med. – 1998. – P. 91.
8. Huscher C. S. Endoscopic right thyroid lobectomy // C. S. Huscher, S. Chiodini, C. Napolitano et al // Surg. endosc. – 1997. – № 11 (8). – P. 877.

9. Ikeda Y. Are there significant benefits of minimally invasive endoscopic thyroidectomy? / Y. Ikeda, H. Takami, Y. Sasaki et al. // World. j. surg. – 2004. – № 28 (11). – P. 1075–1078.

10. Lombardi C. P. Video-assisted thyroidectomy: report on the experience of a single center in more than four hundred

cases. / C. P. Lombardi, M. Raf-faelli, P. Princi et al // World. j. surg. – 2006. – № 30 (5). – P. 794–800.

11. Miccoli P. Video-assisted thyroidectomy: indications and results / P. Miccoli, P. Berti, G. L. Frustaci et al. // Langenbecks arch. surg. – 2006. – № 391 (2). – P. 68–71.

Поступила 25.03.2016

Н. Н. ШАПОШНИКОВ

ФОРМИРОВАНИЕ КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИХ МАТЕРИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ

Специализированная психиатрическая больница № 7,

Россия, 350087, г. Краснодар, пос. Российский, ул. 16-й Полевой Участок, 11; тел. 8 (861) 228-86-40

В статье представлена характеристика процессов формирования контингента инвалидов с психическими заболеваниями в крупном городе за 15-летний период. Приведены параллели между распространенностью психических заболеваний и инвалидностью. Проведено социологическое исследование образа жизни и социального позиционирования 640 инвалидов с психическими заболеваниями.

Ключевые слова: инвалиды с психическими заболеваниями, первичный выход, контингенты инвалидов, социальное функционирование инвалидов.

N. N. SHAPOSHNIKOV

THE FORMATION OF THE CONTINGENT OF DISABLED PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES AND SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF THEIR FINANCIAL SITUATION

Specialized psychiatric hospital № 7,

Russia, 350087, Krasnodar, pic. Russian str., 16-th Field Plot, 11; tel. 8 (861) 228-86-40

The article presents the characteristics of the formation processes of the contingent of disabled people with mental illnesses in a large city for the 15-years period of time. The parallels between the prevalence of mental illnesses and disability are given. The sociological research of a lifestyle and social position of 640 disabled persons with mental illness was conducted.

Key words: disabled people with mental illnesses, the primary output, the contingents of disabled people, social functioning of disabled people.

«Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» психические расстройства отнесены к социально значимой патологии. При этом основными причинами инвалидности являются болезни органов кровообращения, новообразования и травмы. И, хотя доля инвалидов в связи с психическими болезнями уступает перечисленным причинам, особенности этого контингента требуют внимания общества, поскольку большинство нозологий данного ряда сопровождается нарушением социального функционирования – дестабилизацией личностных отношений, искажением привычных форм деятельности и общения. В мировой структуре инвалидности психические расстройства занимают четвертое место и первое место по длительности

сроков инвалидности. Большинство больных с психическими расстройствами, утративших трудоспособность, становятся инвалидами в молодом и среднем возрасте (25% в возрасте до 29 лет, 70% – до 40 лет). Почти 95% инвалидов, признанных нетрудоспособными в связи с психическим заболеванием, остаются на пенсионном обеспечении пожизненно. Инвалидность по психическим заболеваниям характеризуется значительной тяжестью: 94,2% психически больных инвалидов имеют I или II группу инвалидности, то есть наиболее тяжелую степень нетрудоспособности [5].

В этой работе мы исследовали динамику инвалидности от психических заболеваний взрослого населения за 15-летний период (2000–