

16. Erdo Lan M.F. A stepwise approach to the treatment of amiodarone-induced thyrotoxicosis. *Thyroid*. - 2003. - Vol. 13. - P. 205-209.

17. Frost L., Vestergaard P., Mosekilde L. Hyperthyroidism and risk of atrium fibrillation or flutter: a population-based study // *Arch Intern Med*. - 2004. - Vol. 164. - P. 1675-1678.

18. Hak A.E., Pols H.A., Visser T.J. et al. Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam Study // *J Ann Intern Med*. - 2000. - Vol. 132. - P. 270-278.

19. Imaizumi M., Akahoshi M., Ichimaru S. et al. Risk for ischemic heart disease and all-cause mortality in subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*. - 2004. - Vol. 89. - P. 3365-3370.

20. Martino E., Bartalena L., Bogazzi F. et al. The effects of amiodarone on the thyroid. *Endocrin Rev*. - 2001. - Vol. 22. - P. 240-254.

21. Rehman S.U., Cope D.W., Senseney A.D. et al. Thyroid disorders in elderly patients. *South Med J*. - 2005. - Vol. 98. - P. 543-549.

22. Sawin C.T., Geller A., Wolf P.A. et al. Low serum thyrotropin concentration as a risk factor for atrial fibrillation in older persons. *New Engl J Med*. - 1994. - Vol. 331. - P. 1249-1252.

23. Walsh J.P., Bremner A.P., Bulsara M.K. et al. Subclinical thyroid dysfunction as a risk factor for cardiovascular disease // *Arch Intern Med*. - 2005. - Vol. 165. - P. 2467-2472.

Координаты для связи с автором: Захаренко Раиса Васильевна — доктор мед. наук, зав. кафедрой эндокринологии ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-29-48-63.



УДК 617.43 : 616.485](043.3)

**Е.В. Николаев¹, Н.В. Ташкинов¹, Н.И. Бояринцев¹, Н.В. Хромова²,
А.В. Сучков², Н.В. Убиенных¹, Г.П. Шабурова²**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ

*Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
МУЗ «Городская клиническая больница № 11»², г. Хабаровск*

В последние десятилетия проблема лечения ожирения привлекает все более пристальное внимание врачей всего мира. Не случайно в настоящее время ожирение признано ВОЗ новой хронической неинфекционной глобальной «эпидемией» нашего времени. К 2025 г., по расчетам экспертов ВОЗ, число больных ожирением превысит 300 млн [1].

Наша клиника является ведущей на Дальнем Востоке, которая занимается проблемой бариатрической хирургии. В 1988 г. проф. Е.В. Николаевым разработан экспериментально, а затем внедрен в клиническую практику новый комбинированный метод хирургического лечения ожирения (Патент № 2138201 от 27 сентября 1999 г.). Он заключается в комбинированном использовании гастропластики (ГП) и еюноилеостунтирования (ЕИШ), причем, ГП выполняется путем инвагинации большой кривизны желудка в просвет органа гофрирующими швами после ее мобилизации, а при ЕИШ сохраняется функционирующий отрезок тонкой кишки длиной 80-100 см в отличие от 45 см по классической методике Рауне [2, 3].

Материалы исследования

С 1988 по 2010 г. нами оперировано свыше 100 больных (104) экзогенно-конституциональным ожирением

(ЭКО) тяжелой степени по описанной выше методике. Средний возраст составил 36,1±1,4 г., женщин было — 92, мужчин — 12. Средняя масса тела равнялась 125,6±3,6 кг при росте 161±1,0 см, то есть 214,7% от «идеальной» массы тела. Индекс массы тела до операции составил 46,9±1,0 кг/м, что в два раза больше нормальных значений. Жировая масса тела до операции составила в среднем 65,3±2,7 кг, а у некоторых оперируемых достигала 95 кг.

Результаты исследования

В сроки от 2 до 20 лет хорошие результаты отмечены у 87 больных (83,7%). Удовлетворительные результаты отмечены у 13 пациентов (12,5%). Плохими считались результаты, когда в отдаленном периоде потеря массы была незначительной. Это наблюдалось у 4 (3,8%) больных, повторное обследование которых выявило эндокринную природу ожирения.

В первые 6 мес. после операции была отмечена умеренная диспротеинемия за счет гипоальбуминемии — 49,3±2,7% (p<0,05). Концентрация общего белка в крови снижена не была. Важно отметить, что в отдаленном периоде, после проведения контрольных исследований, мы

убедились в стабильности коррекции метаболических нарушений у оперированных больных.

У всех больных ожирением до операции отмечалась гиперлипидемия. Так, концентрация общих липидов плазмы составила $6,97 \pm 0,17$ г/л ($p < 0,001$) и общего холестерина — $6,82 \pm 0,12$ г/л ($p < 0,001$). В сроки до 6 мес. после проведенного хирургического лечения у всех пациентов наблюдалось достоверное снижение уровня общих липидов — $5,93 \pm 0,15$ г/л ($p < 0,001$) и общего холестерина крови до $5,52 \pm 0,09$ г/л ($p < 0,001$).

Анализ полученных результатов обследования больных через 1 год после операции свидетельствует о том, что общие липиды и их фракции претерпели определенные изменения. Так, содержание общих липидов крови понизилось на 21% по сравнению с исходными данными и составило $5,51 \pm 0,18$ г/л ($p < 0,001$), общего холестерина — на 26,4% ($p < 0,001$).

Значительный интерес представляет динамика концентрации сахара в крови у больных с выраженным ожирением, страдающих сахарным диабетом и нарушенной толерантностью к глюкозе, в послеоперационном периоде. Концентрация сахара в сыворотке крови прослежена у 16 больных на протяжении 7 лет после операции. Если дооперационная концентрация сахара крови у них была $8,03 \pm 0,21$ г/л, то после операции этот показатель в течение нескольких месяцев нормализовался и оставался в пределах нормальных значений в течение всего времени наблюдения. Больные переставали принимать как инсулин, так и пероральные противодиабетические препараты.

Получены хорошие результаты снижения массы тела больных, сопоставимые с мировыми показателями:

- Первый месяц — 11,2-11,7% от исходной массы тела.
- Первые 6 мес. — 27,9-29,1% от исходной массы тела.
- После 1 г. наблюдения — 31,5-32,7% от первоначального веса.

Частота развития общих послеоперационных осложнений:

- Госпитальная пневмония — у 9 (8,65%) больных.
- Эвентрация — у 1 (0,96%) пациента.
- Сердечно-сосудистая недостаточность — у 12 (11,5%) больных.

Частота местных послеоперационных осложнений:

- Нагноение раны — у 8 (7,7%) больных.
- Послеоперационный инфильтрат раны — у 10 (9,6%) пациентов.
- Серома — у 11 (10,6%) больных [2, 4].

В дальнейшем операция совершенствовалась. Были предложены и удачно внедрены в практику эндовидеохирургические способы лечения алиментарного ожирения по методу Е.В. Николаева. Следует отметить, что в настоящее время в нашей клинике освоено эндовидеохирургическое (лапароскопическое и видеоассистированное) выполнение ГП и одновременно ЕИШ по разработанной методике.

Лапароскопический способ лечения тяжелых форм ЭКО по методу Е.В. Николаева заключается в последовательном проведении ГП путем инвагинации мобилизованной большой кривизны желудка в его просвет с помощью ручных эндохирургических швов и с последующим выполнением ЕИШ с использованием эндостеплера «EndoGIA-30».

Резюме

В нашей клинике была предложена оригинальная методика хирургического лечения алиментарного ожирения. Проводится многолетний анализ эффективности, результатов хирургического лечения морбидного ожирения, оценка метаболических осложнений и осложнений в послеоперационном периоде. Отмечен дифференцированный подход в оперативном лечении ожирения в зависимости от его степени. Период наблюдения — с 1988 г. по настоящее время. На основании полученных данных доказано, что метод профессора Е.В. Николаева имеет преимущество перед другими методиками, так как при нем не развиваются послеоперационные осложнения, а также тяжелые метаболические нарушения, присущие другим бариатрическим операциям (например, Scopinaro и Hess&Hess).

Ключевые слова: ожирение, хирургическое лечение.

**E.V. Nikolaev, N.V. Tashkinov, N.I. Boyarincev,
N.V. Khromova, A.V. Suchkov, N.V. Ubiennyh,
G.P. Shaburova**

THE SURGICAL TREATMENT OF ALIMENTARY OBESITY

*Far Eastern State Medical University,
The department of surgery with course of endoscopic
and plastic surgery; City hospital № 11, Khabarovsk*

Summary

The original method of the surgical treatment of alimentary obesity was offered in our hospital. For many years the analysis of efficiency, results of the surgical treatment of morbid obesity, estimation of the metabolic complications and complications at postoperative period has been carried out. Differentiated approach in operative treatment of the obesity, depending on its degree has been observed. The period of observation lasted from 1988 up to present time. The received findings proved that method of professor E. V. severe metabolic complications do not develop, occurring in other bariatric operations (for example Scopinaro and Hess&Hess).

Key words: obesity, surgical treatment.

Видеоассистированный вариант операции заключается в последовательном проведении ГП вышеуказанным способом с последующим выполнением ЕИШ через мини-лапаротомный доступ.

С 2002 по 2010 г. нами выполнено 18 эндовидеохирургических комбинированных операций по разработанному методу.

Показаниями к хирургическим и эндохирургическим операциям по предложенному нами методу являются:

- тяжелые формы алиментарного ожирения с индексом массы тела > 40 кг/м²;
- ИМТ от 35 до 40 кг/м² с прогрессирующими на фоне ожирения сопутствующими заболеваниями;
- отсутствие эффекта от консервативного лечения ЭКО тяжелой степени в течение 5 лет и более.

Противопоказаниями являются:

- легкие и среднетяжелые формы ЭКО с индексом массы тела < 35 кг/м²;

— тяжелые необратимые изменения со стороны жизненно важных органов;

— выраженный спаечный процесс после перенесенных операций на органах брюшной полости.

Снижение избыточной массы тела после хирургических и эндовидеохирургических способов лечения тяжелых форм алиментарного ожирения по предложенному методу практически не отличалось друг от друга и составило после первого года наблюдений соответственно 32,7% от первоначального веса и 31,5%.

Эндовидеохирургические варианты данной операции позволяют уменьшить количество осложнений, присущих «традиционной» операции, а также получить все преимущества, связанные с использованием малоинвазивной техники, и улучшить качество жизни пациентов. Применение их позволяет статистически достоверно уменьшить частоту местных и общих послеоперационных осложнений и не уступает «открытым» вмешательствам по эффективности с позиции снижения избыточной массы тела [5].

С 2005 г. нами проводится сравнительный анализ послеоперационных и метаболических осложнений, возникающих у больных с тяжелыми формами ЭКО, которым была выполнена одна из комбинированных операций: Scopinago или Hess&Hess в сравнении с больными, оперированными комбинированным методом по Е.В. Николаеву.

В проведенное исследование были включены 35 больных, оперированных по методу профессора Е.В. Николаева, — I группа; 6 больных, оперированных по методу Scopinago (в ХО ДКБ), составили II группу, и по литературным данным составлена III группа пациентов, оперированных по методике Hess&Hess.

В исследовании доказано, что комбинированный метод Е.В. Николаева является лучшим из предложенных выше для лечения ЭКО тяжелой степени. При нем не возникают тяжелые метаболические расстройства, а из-за характера оперативного пособия не развиваются такие осложнения, как: несостоятельность анастомозов, пролежни, кровотечения из швов, дисфагия, характерные для других методик. Качество жизни пациентов улучшается, так как наблюдается стойкое снижение массы тела и при этом без метаболических сдвигов [6]. В процессе обследования и лечения больных ЭКО до и после операции происходила и некоторая модификация нашего метода, он продолжал совершенствоваться. Известно, что одной из отрицательных сторон ЕИШ является развитие байпас-энтерита, приводящего в ряде случаев к дегенерации печени. В то же время, как свидетельствуют данные литературы, эффективным методом профилактики указанного осложнения является наложение холецистоэнтероанастомоза на выключенную петлю тонкой кишки. С 2002 г. мы дополнили нашу операцию этой методикой. Нами оперировано 5 больных по данному методу, отмечены положительные результаты, ведется наблюдение.

Нами выработан дифференцированный подход к хирургическому лечению разных степеней алиментарного ожирения. Так, при средних степенях ЭКО разработана и внедрена в практику оригинальная методика оперативного пособия — лапароскопическая гастропластика.

Метод заключается в инвагинации большой кривизны желудка в просвет органа гофрирующими швами после е-

мобилизации. Все предложенные ранее рестриктивные методики хирургической коррекции ожирения, в том числе и лапароскопические способы, связаны со вскрытием просвета желудка или кишки либо их сквозным прошиванием, либо с оставлением инородного тела (бандажа желудка) в брюшной полости, вследствие чего после данных операций возникают характерные осложнения. Наш метод позволяет избежать ряда осложнений, таких как несостоятельность швов, стеноз выходного отдела «малого желудка», реканализация скрепочного шва, миграции полипропиленовой или силиконовой манжеты в просвет желудка, внутрижелудочное кровотечение, присущих ранее предлагаемыми рестриктивными операциями. При выполнении операций по нашей методике не происходит вскрытия просвета органа. Следует отметить, что в настоящее время предложенный метод гастропластики выполняется нами преимущественно лапароскопическим способом.

Материалы

За период с 2002 по 2010 г. данная операция выполнена 25 пациентам.

ИМТ был от 37 до 55 (кг/м²); средний возраст больных составил 42,2 г.; средняя продолжительность операции — 171 мин.

Результаты исследования

Ранних и поздних осложнений не наблюдалось. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составляла 4,7 сут.

Динамика снижения массы тела:

1) первые 3 мес. — 20-25% от исходной массы тела (снижение ИМТ в среднем с 48,5 до 43,6);

2) первые 6 мес. — 35-40% от исходной массы тела (снижение ИМТ в среднем с 48,5 до 38,7);

3) после 1 г. наблюдения отмечалось снижение массы тела до 55-60% от исходного показателя (снижение ИМТ в среднем с 48,5 до 34,6).

Преимущества данной операции:

1) отсутствие специфических осложнений, характерных для других методов гастропластики;

2) низкая стоимость и простота исполнения метода [3, 4].

Таким образом, предложенные нами методы хирургической коррекции средних и тяжелых форм экзогенно-конституционального ожирения, являясь эффективными в отношении степени потери массы тела оперированных больных, позволяют избежать ряда недостатков, присущих ранее предлагаемыми операциями, и рекомендуются к клиническому применению. Они неоднократно представлялись на различных медицинских симпозиумах как в России, так и за рубежом, в том числе и на Всемирном конгрессе бариатрических хирургов в Сан-Паулу, где получили признание и положительную оценку.

Л и т е р а т у р а

1. Савельева Л.Л. Современные подходы к лечению ожирения // Врач. - 2000. - №12. - С. 12-14.

2. Николаев Е.В. Комбинированный метод хирургического лечения экзогенно-конституционального ожирения: дис. ... д-ра мед. наук. - Хабаровск, 1997. - 166 с.

3. Николаев Е.В., Постников А.А., Ташкинов Н.В. и др. Новый метод хирургического лечения экзогенно-конституционального ожирения // Дальнев. мед. журнал. - 2000. - №4. - С. 10-14.

4. Николаев Е.В., Ташкинов Н.В., Бояринцев Н.И. и др. Лапароскопическое лечение тяжелых форм алиментарного ожирения // Эндоскоп. хирургия. - 2004. - №1. - С. 113.

5. Хромова Н.В. Эндовидеохирургические способы лечения экзогенно-конституционального ожирения тяжелой степени по методу Е.В.Николаева: дис. ... канд. мед. наук. - Хабаровск, 2007. - 156 с.

6. Яшков Ю.И. I Международный симпозиум: хирургическое лечение ожирения // Анналы хирургии. - 2000. - №2. - С. 7-11.

Координаты для связи с авторами: Николаев Евгений Витальевич — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu; Ташкинов Николай Владимирович — доктор

мед. наук, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu; Бояринцев Николай Иванович — доктор мед. наук, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu; Хромова Наталья Владимировна — врач-хирург МУЗ «Городская больница №11»; Сучков Александр Васильевич — врач-хирург МУЗ «Городская больница №11», e-mail: muz_sv11@medadmin.info; Убиенных Николай Валерьевич — аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu; Шабурова Галина Платоновна — врач-рентгенолог МУЗ «Городская больница №11», e-mail: muz_sv11@medadmin.info.



УДК 617.576

С.Н. Березуцкий

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ДЕФЕКТОМ КОЖИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-30-53-11, e-mail: nauka@mail.fesmu, г. Хабаровск*

При тяжелых сочетанных повреждениях пальцев кисти (ТСППК) помимо других серьезных повреждений (разрыв сухожилий, оскольчатые переломы фаланг, ранения капсулы сустава) в 67% случаев отмечается наличие кожного дефекта, что требует выполнения кожной пластики помимо других первоочередных операций.

Проведение полноценной кожной пластики у больных с ТСППК чаще всего невозможно в первые часы и даже дни после травмы в связи с общим состоянием или декомпенсацией кровообращения в тканях пальца.

Сложность лечения таких пациентов обуславливается еще и тем, что у большинства больных с ТСППК раны являются ушибленными, размозженными или другого аналогичного характера. Кроме того, общепризнанным является мнение, что в связи с анатомо-физиологическими особенностями кисти первичная хирургическая обработка повреждений является сложной операцией. Особенно это касается обширных дефектов в области дистальных отделов пальцев, когда невозможно применение кожной пластики местными тканями.

З.Ф. Нельзина (1960) при первичной хирургической обработке ушибленных ран в наложении глухого шва наблюдала вторичное заживление в 51,3%. Позже, в 1962 г., отмечала, что частичный некроз, имевший место в 14% случаев при хирургической обработке ушибленных ран конечностей, объясняется трудностями в определении

Резюме

В статье рассматривается современный подход к лечению тяжелых сочетанных повреждений пальцев кисти, сопровождающихся дефектом кожи. Автором предложены схемы лечения и оценена их клиническая эффективность.

Ключевые слова: повреждения кисти, лечение.

S.N. Berezutskyi

CURRENT APPROACH TO TREATMENT OF SEVERE COMBINED DAMAGES OF FINGERS OF THE HAND ACCOMPANIED BY SKIN DEFECT

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

In the article current approach to treatment of severe combined damages of fingers of hand accompanied by defect of skin is analyzed. The author offers schemes of treatment and their clinical efficiency is estimated.

Key words: hand damage, combined trauma, treatment.

жизнеспособности тканей во время первичной хирургической обработки. С целью ликвидации местного тканевого шока сотрудник ЦИТО С.И. Здрилок считал целесооб-