

ные положительные сдвиги отмечены у 14 больных с быстрым типом ацетилирования (66,6%) и у 11 чел. с медленным (42,3%).

Проведенные исследования показывают, что положительный эффект ДЭНС-терапии среди больных с быстрым типом метаболизма имел место у 80,9%, в то время как при медленном ацетилаторном фенотипе — у 53,8%.

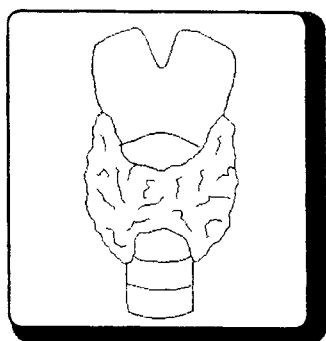
Полученные нами результаты свидетельствуют, что проведение ДЭНС у больных опиоидной зависимостью в постабстинетном периоде вызывает нормализацию уровня факторов адаптивной защиты организма, причем более эффективную при умеренном их повышении. Учитывая, что при медленном типе метаболизма данные показатели имеют несколько пониженные значения, а при быстром несколько повышенные, ДЭНС целесообразнее проводить больным с быстрым ацетилаторным фенотипом. Эффективность ДЭНС зависит от тяжести заболевания, с которым коррелирует состояние метаболических и гормональных систем гомеостаза.

Применение ДЭНС-терапии наиболее эффективно в начальной стадии опиоидной зависимости, т.к. позволяет сохранить адаптивные потенциалы симпатoadrenalовой и гипофизарно-надпочечниковой систем и менее эффективно у больных с высокопрогредиентным течением опиоидной зависимости вследствие истощения их резервных возможностей. Более высокая клиническая эффективность ДЭНС-терапии у больных с «быстрым» ацетилаторным фенотипом, в сравнении с «медленным», вероятно, связана с тем, что в основе патогенетических

механизмов формирования ОЗ при быстром ацетилаторном фенотипе происходят метаболические нарушения, сопровождающиеся развитием гипоксии, сочетающейся с умеренным гипотонусом факторов адаптивной защиты организма. К числу противопоказаний к проведению ДЭНС больным опиоидной зависимостью можно отнести значительное снижение уровня симпатoadrenalовой системы и кортизола из-за возможности прогрессирования метаболических нарушений при коморбидной патологии.

#### Л и т е р а т у р а

1. Гайдамакин А.М., Нечушкин А.И. Купирование алкогольного делирия и абстинентного синдрома воздействием на точки акупунктуры: Мет. рек. М.: МЗ РСФСР, 1978. 118 с.
2. Воропаев С.Ф., Логинов И. П., Вильдяйкин Г.Ф. Патент на изобретение №205751 «Способ рефлексотерапии», 1996.
3. Воропаев С.Ф. // Проблемы развития медицинской реабилитации на Дальнем Востоке: Мат-лы XIII науч.-практ. конф. Хабаровск, 2003. С. 188-190.
4. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М.: Медицина, 2005. 304 с.
5. Логинов И.П. // Психическое здоровье населения Сибири: клинко-динамические и превентивные аспекты: Мат-лы науч.-практ. конф. Барнаул-Томск, 2006. С. 312-316.



УДК 616.441 - 006.5 - 089

О.С. Олифирова, В.А. Белобородов, В.В. Яновой, А.Т. Саая,  
С.П. Шевченко

## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ДРУГИХ ОРГАНОВ

*Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск;  
Красноярская государственная медицинская академия, г. Красноярск;  
МУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Новосибирск*

Благодаря современным достижениям хирургии и анестезиологии в последние годы стало возможным выполнение симультанных операций (СО) [1, 2, 6, 8]. Их преимуществами являются: одновременно излечиваются 2-3 хирургических заболевания; предупреждается прогрессирование заболевания, оперативное лечение которого откладывалось на более поздний срок; сокращается время суммарного пребывания больного в

стационаре и последующего лечения; устраняется риск повторного наркоза и его осложнений; повышается экономическая эффективность лечения [1, 2, 6]. По данным разных авторов [1, 6], удельный вес больных с наличием 2-3% хирургических заболеваний составляет 20-30%. СО разделяют на экстренные и плановые, которые могут быть заранее подготовленными или планируемыми [1, 6]. По объему разделяются на малые, средние и

большие [1, 4, 6]. Наиболее рациональным считается выполнение заранее запланированных средних по объему операций, средних и малых, больших и средних [1, 4, 6]. Симультанные операции достаточно широко применяются в хирургической практике, в том числе при тиреоидной патологии [2-5, 7]. При выполнении СО следует учитывать специфику региональных особенностей, влияющих на характер оказания хирургической помощи. Сибирь и Дальний Восток, являясь зоной природного йододефицита, имеют существенные отличия от центральных областей России. К ним относятся низкая плотность населения, рассеянность и отдаленность населенных пунктов, суровые климатические условия, преимущественно моноцентрический тип оказания специализированной хирургической помощи. В Красноярском крае, Новосибирской и Амурской областях в течение последних 10 лет наблюдается рост тиреоидной патологии. В связи с этим применение СО в наших условиях является важным методом оздоровления населения Сибири и Дальнего Востока. Исследование проведено с целью разработки показаний, противопоказаний к применению СО у больных с патологией ЩЖ, определения наиболее оптимальных вариантов сочетания разных операций и внедрения их в клиническую практику.

#### Материалы и методы

Объектом исследования явились 106 больных в возрасте от 34 до 63 лет с сочетаниями заболеваний ЩЖ и другой хирургической патологии, находившихся на обследовании и лечении в хирургических отделениях Красноярской краевой клинической больницы, Амурской областной клинической больницы, клинической больницы №1 г. Новосибирска с 1996 по 2005 г. Женщин было 87 (82,1%), мужчин — 19 (17,9%). Диагностика заболеваний ЩЖ включала ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ) под контролем УЗИ с цитологическим исследованием, исследование гормонов ЩЖ и ТТГ, сканирование и магниторезонансную томографию (МРТ) ЩЖ по показаниям. В зависимости от характера сопутствующей патологии дополнительно использовали другие методы обследования.

#### Результаты и обсуждение

По результатам послеоперационного гистологического исследования узловой и многоузловой коллоидный зоб установлен у 48 (45,28%) больных, аденомы и аденоматоз ЩЖ — у 12 (11,32%), гипертрофическая форма аутоиммунного тиреоидита — у 9 (8,49%), сочетания разных доброкачественных заболеваний ЩЖ — у 31 (29,25%), рак ЩЖ — у 6 (5,66%) больных. Тиреотоксикоз подтвержден в 11,32% наблюдений, гипотиреоз — в 6,6% и эутиреоз — в 82,08% случаев. Заболевания ЩЖ сочетались с разными заболеваниями: доброкачественными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (10; 9,43%), паховыми и бедренными грыжами (14; 13,3%), хроническим калькулезным холециститом (41; 38,68%), послеоперационными вентральными грыжами — (33; 31,13%), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки — (8; 7,55%). Показаниями к СО при патологии ЩЖ являлись: рост узлового образования ЩЖ, признаки компрессии органов шеи, токсический зоб с тиреотоксикозом легкой или средней степени тя-

#### Резюме

Представлен анализ результатов применения симультанных операций у 106 больных с заболеваниями щитовидной железы. Обоснована необходимость выполнения таких вмешательств с учетом специфики некоторых региональных особенностей Сибири и Дальнего Востока, описаны показания и наиболее оптимальные варианты их использования. Определены перспективы выполнения симультанных операций при патологии щитовидной железы и некоторых заболеваний других органов в регионе зобной эндемии.

O.S. Olifirova, V.A. Beloborodov,  
V.V. Janovoi, A.T. Saaja, S.P. Shevchenko

#### COMBINED SIMULTANEOUS OPERATIONS FOR THE DISEASES OF THYROID GLAND AND OTHER ORGANS

*Amur state medical academy, Blagoveschensk;  
Krasnoyarsk state medical academy, Krasnoyarsk;  
Clinical hospital №1, Novosibirsk*

#### Summary

The analysis of outcomes of application of combined operations on 106 patients with diseases of the thyroid gland is submitted. The necessity of fulfillment of such interferences with allowance for specificities of some regional features of Siberia and Far East is justified; the indications and optimal versions of their usage are described. The perspectives of combined operations are determined for pathology of the thyroid gland and some diseases of other organs in the regions with iodine deficiency.

жести, подозрение на малигнизацию, рак ЩЖ I-II стадии. Противопоказаниями к выполнению СО при тиреоидной патологии считали: рак ЩЖ с регионарными метастазами, токсический зоб с тяжелым тиреотоксикозом, большой объем ЩЖ (свыше 100 мл), тяжелую сопутствующую патологию, гнойно-воспалительные процессы, большой объем и травматичность сочетанной операции на другом органе. СО выполняли только в плановом порядке с предварительным обследованием ЩЖ. Вид и объем оперативных вмешательств на ЩЖ был различным. У 14 (13,21%) больных выполнена резекция одной или двух долей ЩЖ, у 16 (15,09%) — гемитиреоидэктомия, у 32 (30,19%) — субтотальная резекция ЩЖ, у 34 (32,08%) — предельно-субтотальная резекция ЩЖ и у 10 (9,43%) больных — тиреоидэктомия. Операции на ЩЖ являются преимущественно средними по тяжести [2, 3, 4]. В зависимости от объема и травматичности операции на ЩЖ и другом органе больных распределили на три группы по классификации А.Ф. Романчишена [4].

Больные 1 группы (24; 22,6%) перенесли СО, при которых имело место сочетание средних и малых операций. При этом травматичность операции на ЩЖ превышала тяжесть операции на другом органе. Из них у 14 (13,2%) больных было выполнено грыжесечение при паховых и бедренных грыжах (у 6 — пластика местными тканями, у 8 — с аллопластикой), у 10 (9,4%) — удаление доброкачественных опухолей мягких тканей (липомы, фибромы). В течение последних лет при паховых грыжах

чаще применяем пластику с использованием полипропиленовой сетки. Были получены хорошие результаты лечения, лишь у одного больного возникло осложнение в виде серомы подкожной клетчатки.

Вторая группа была наиболее многочисленной, и ее составили больные (74 — 69,81%), у которых при СО выполняли две средние по объему операции. Операция на ЩЖ по травматичности не превышала таковую на другом органе. У 41 (38,68%) больного вторым заболеванием был хронический калькулезный холецистит, у 33 (31,13%) — послеоперационная вентральная грыжа. СО выполняли в два этапа. Операцию на ЩЖ выполняли первым этапом, а вторым — вмешательство на другом органе. При хроническом калькулезном холецистите производили холецистэктомия из лапаротомного доступа (8 — 7,55%), из мини-доступа (12 — 11,32%) и с помощью лапароскопии (21 — 19,81%). Холецистэктомия из лапаротомного доступа выполняли при подозрении на холедохолитиаз, что требовало дополнительной ревизии внепеченочных желчных протоков. При неосложненном калькулезном холецистите применялась холецистэктомия из мини-доступа или лапароскопическим способом. Применение малоинвазивных операций при СО способствовало благоприятному течению раннего послеоперационного периода. У одного больного возникло послеоперационное осложнение — гематома подпеченочного пространства, что потребовало ее чрезкожного дренирования под контролем УЗИ. СО, сопряженные с грыжесечением при вентральных грыжах, выполнены 33 больным (31,13%). Они производились только при малых (до 10 см) и средних (11 — 20 см) вентральных грыжах без нарушений вентиляционной функции легких. Грыжесечение с разными видами мышечно-апоневротической пластики выполнено у 9 больных, а у 24 больных произведена ненапряжная герниопластика с использованием полипропиленовой сетки. Преимуществом этого метода явилось отсутствие повышения внутрибрюшного давления, что значительно уменьшило болевые ощущения и дыхательные расстройства в послеоперационном периоде.

Третью группу составили 8 (7,55%) больных, у которых при СО сочетали большие и средние по объему операции. В этих наблюдениях операция на ЩЖ уступала по объему и травматичности вмешательству, производимому на другом органе. В этой группе были больные с язвенной болезнью желудка (n=3) и двенадцатиперстной кишки (n=5). Показаниями к операции являлись осложненные формы язвенной болезни. Резекция желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2 была выполнена у 5 больных, селективная проксимальная ваготомия — у 3 больных. У этих больных, в сравнении с пациентами

предыдущих групп, послеоперационный период имел некоторые особенности (потребность в назначении наркотических обезболивающих препаратов сохранялась в течение 2-3 дн., длительность постельного режима составила 3-4 дн.). У одного больного отмечено нагноение лапаротомной раны.

Таким образом, наиболее приемлемым вариантом СО при патологии ЩЖ является совмещение средних по тяжести оперативных вмешательств, которые в наших наблюдениях составили 69,81%. При СО операцию на ЩЖ целесообразно выполнять первым этапом. Второй этап хирургического лечения предпочтительно выполнять с использованием малоинвазивных методов. Летальных исходов не было ни в одном случае.

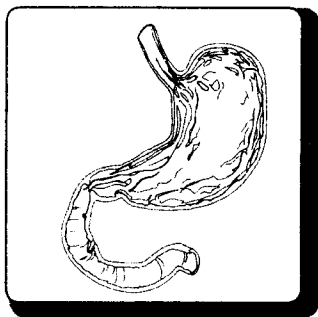
### Выводы

1. СО на ЩЖ и других органах являются перспективным методом одномоментного хирургического лечения нескольких заболеваний в регионе зобной эндемии с низкой плотностью населения и моноцентрическим типом оказания специализированной хирургической плановой помощи.
2. Важным принципом выполнения СО на ЩЖ является одновременное применение двух средних по тяжести операций с использованием малоинвазивных методов оперативного лечения.
3. СО на ЩЖ следует проводить в специализированных отделениях и клиниках, располагающих возможностью адекватного обследования с обязательной морфологической верификацией патологии на до-, интра- и послеоперационном этапах лечебно-диагностического процесса и достаточным опытом в хирургии эндокринных желез.

### Л и т е р а т у р а

1. Маховский В.З. // Хирургия. 2002. №7. С. 41-46.
2. Оганян А.Р. Симультанное хирургическое лечение больных с сочетанной патологией щитовидной железы и других органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 25 с.
3. Павловский М.П., Коломийцев В.И., Сыроид А.М. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Мат-лы XI Рос. симпозиума по хирургии и эндокринологии. СПб., 2003. С. 172-174.
4. Романчишен А.Ф., Борисов А.Е., Колосюк В.А. и др. // Вестник хирургии. 1999. №2. С. 51-54.
5. Слесаренко С.С., Коссович М.А. // Эндоскопическая хирургия. 2001. №5. С. 46-51.
6. Федоров В.Д. // Анналы хирургии. 2001. №4. С.23-38.
7. Wahl R., Hentschel F., Vorlander C. // Langenbecks Arch. Surg. 2000. Vol. 385, №8. P. 515-520.





УДК 616.342 - 089.84 : 616.33 - 089.87

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, Д.С. Чернышев

## К ВОПРОСУ О «ТРУДНОЙ» КУЛЬТЕ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
г. Хабаровск

Одним из наиболее сложных этапов выполнения резекции желудка (РЖ) по методу Бильрот-2 при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) является формирование культи ДПК, при которой «трудная» культи ДПК встречается в 21,6-70,4% случаев [1, 2, 4]. Несмотря на постоянное совершенствование оперативной техники, несостоятельность швов культи ДПК наблюдается с частотой от 2,7 до 19,4% и летальностью до 50-80% [1-4].

Р.А. Григорян [1], Попов С.Д. [6] и другие авторы указывают, что к техническим факторам, приводящим к несостоятельности швов культи ДПК, относятся: наложение швов на короткую культи ДПК с большим натяжением; повреждение ПЖ при пенетрирующих в поджелудочную железу (ПЖ) язвах и невозможность наложения второго ряда кишечных швов при пенетрации язвы в печеночно-двенадцатиперстную связку; чрезмерное натяжение тканей культи ДПК и ненадежное ее закрытие, зависящее от технических трудностей при операции в сложных анатомических условиях или от тактических ошибок хирурга при выборе способа операции. В каждом конкретном случае в возникновении этого осложнения определенную роль играет повышение давления в просвете ДПК, развитие острого панкреатита, нарушение кровоснабжения культи ДПК в результате ее чрезмерной скелетизации или вследствие перевязки верхней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии с одновременным тромбозом нижней одноименной артерии, а также недостаточно тщательное наложение швов во время операции.

Несмотря на то, что РЖ является широко распространенным методом хирургического лечения заболеваний желудка и ДПК, анализ существующих методов зашивания культи ДПК показал, что в литературе, посвященной этой проблеме, нет топографо-анатомического обоснования выполнения этого этапа РЖ. В связи с изложенным, считаем необходимым подробно остановиться на данной проблеме и предложить собственный метод зашивания культи ДПК.

С учетом особенностей анатомического строения верхнегоризонтальной и нисходящей частей ДПК на протяжении от привратника до большого дуоденального сосочка (БДС), в пределах которых возможно формирование культи ДПК (рис. 1), мы условно выделили 3 уровня (табл. 1).

Формирование культи ДПК при пересечении ее на первом уровне, в случаях, когда до границы со вторым уровнем имеется расстояние от 0,5 до 1,0 см, обычно не вызывает технических трудностей и носит название «легкой» культи ДПК [3]. На этом уровне ДПК мобили-

### Резюме

Статья посвящена проблеме хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в частности, проблеме ее «трудной» культи при резекции желудка. Авторами впервые предложено топографо-анатомическое обоснование выбора места пересечения двенадцатиперстной кишки и собственный способ зашивания ее культи, защищенный патентом РФ.

V.R. Korita, S.A. Vavrinchuk, D.S. Chernishov

### TO THE QUESTION OF «COMPLICATED STUMP» OF A DUODENUM AT GASTRIC RESECTION

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

### Summary

Article is devoted to the problem of surgical treatment of ulcer disease of duodenum, in particular, to the problem of complicated stump during the resection of the stomach. The authors have offered for the first time the topographo-anatomical grounding for choosing the place of duodenum crossing and their own method of stump formation, authorised by the patent of the Russian Federation.

зуются только ее боковые стенки с легким отхождением задней стенки ДПК от ПЖ. Ушивание культи ДПК производят в горизонтальной плоскости путем сшивания передней и задней стенок ДПК.

Формирование же культи ДПК при пересечении ее на втором уровне всегда является самой сложной задачей, поскольку фиксированными являются не только боковые, но и задняя стенка ДПК. Это в значительной степени связано еще и с тем, что рубцово-язвенное поражение и деформация стенок ДПК, наличие параязвенного инфильтрата и расположение рубцово-язвенного субстрата в непосредственной анатомической близости к ПЖ, крупным кровеносным сосудам, общему желчному протоку, терминальному отделу общего желчного и панкреатического протоков значительно уменьшает возможность безопасного пересечения и надежного зашивания культи ДПК.

Способы зашивания культи ДПК при язвах этой локализации делятся на способы простого зашивания культи ДПК (методы Haberer, Pauchet, Nissen, Wangestein, Дыхно, Гектина, Русанова, Навроцкого и др.), на пластические методы ушивания (методы Pauchet, Montenegro, Дыхно, Соколова, Сапожкова, Навроцкого и др.), на методы «улитки» (методы Юдина, Дыхно, Розанова и др.). С це-