степени зависят от других факторов прогноза.

Наряду с исследованием объема операции у больных дифференцированным РЩЖ была проведена оценка степени влияния методики операции на прогноз хирургического лечения.

Таблица 3

Распределение больных с рецидивами дифференцированного РЩЖ после полного удаления ЩЖ в зависимости от методики операции

Методика операции (объем операции)	n	Рецидив			
		выявлен		отсутствует	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
Экстрафасциальная методика (тиреоидэктомия)	52	3	4,2	49	94,2
Субфасциальная методика (предельно-субтотальная резекция)	20	0	0	20	100
Итого	72	3	4,2	69	95,8

Полное удаление ЩЖ произведено 72 больным дифференцированным РЩЖ (таблица 3). В 52 случаях (72,2%) использовали экстрафасциальную методику (тиреоидэктомия), а в 20 случаях (27,8%) – субфасциальную методику (предельно-субтотальная резекция). При оперативных вмешательствах по экстрафасциальной методике частота рецидивов составила 4,2%. Это были 3 больных с метастазами в регионарные лимфатические узлы и отдаленными метастазами в кости и легкие. У пациентов, которым удаляли ЩЖ субфасциально, рецидивы не установлены. Различия между группами статистически не значимы (p=0,555, ТКФ).

Летальность в группе больных после полного удаления ЩЖ по экстрафасциальной методике (таблица 4) выявлена у 3 пациентов (4,2%), при выполнении операции по субфасциальной методике – не установлена. Различия между группами статистически не значимы (p=0,555).

Таблица 4

Зависимость показателя летальности у больных дифференцированным РЩЖ от методики операции

Методика операции (объем операции)	n	Умерло		Живы или умерли от других причин	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
		Экстрафасциальная методика (тиреоидэктомия)	52	3	4,2
Субфасциальная методика (предельно-субтотальная резекция)	20	0	0	20	100
Итого	72	3	4,2	69	95,8

Таким образом, методика выполнения операции не влияет на отдаленные результаты хирургического лечения дифференцированного РЩЖ.

Выводы.

1. Объем хирургического вмешательства является одним из важнейших прогностических факторов в отличие от методики операции, которая не оказывает статистически значимого влияния на прогноз хирургического лечения.

2. Удаление всей щитовидной железы с клетчаткой и лимфатическими узлами VI уровня шеи является оптимальным объемом оперативных вмешательств при дифференцированном раке щитовидной железы. Данный объем операции позволяет сократить до минимума развитие рецидива злокачественной опухоли и улучшает отдаленные результаты хирургического лечения дифференцированного рака щитовидной железы.

Литература

1. Диагностика и лечение дифференцированного рака щитовидной железы. Национальные клинические рекомендации, принятые на XI Российском онкологическом конгрессе и IV Всероссийском тиреоидологическом конгрессе. – Никомед. – 2007. – 10 с.
2. Dionigi G. Surgery of lymph nodes in papillary thyroid cancer / G. Dionigi // Expert Rev. Anticancer. Ther. – 2006. – Vol. 6, N 9. – P. 1217-1229.
3. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium / P. Furio [et al.] // Eur. J. Endocrinol. – 2006. – Vol.2, N 154. – P. 787-803.
4. Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. The American Thyroid Association Guidelines Taskforce / S. David S. [et al.] // Thyroid. – 2006 – Vol. 16, N2. – P. 1 – 33.

THE VOLUME OF SURGICAL INTERVENTION AT PATIENTS WITH DIFFERENTIATED THYROID GLAND CANCER

V.E.VANUSHKO, A.YU.TSURKAN

Moscow Endocrinological Research Centre, Voronezh State Medical Academy, Chair of Hospital Surgery

On the basis of our research it is established that the volume of surgical intervention unlike the operation technique is one of most important prognostic factors. At the treatment of patients with differentiated cancer of a thyroid gland it is necessary to admit that the removal of all thyroid gland with cellulose and lymph nodes of the neck VI level is an optimal operation volume.

Key words: volume of surgical intervention, differentiated thyroid gland cancer.

УДК 617- 089 – 002.3: 615.849.19

ЛАЗЕРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

В.Я. ГЕНЮК, М.А. ЧЕРНЫХ*

Статья посвящена применению лазерной терапии на крупных кровеносных сосудов, рефлексогенных сосудистых зонах и зонах сердца в сочетании с традиционным лечением, что улучшает результаты лечения больных с гнойно-септической патологией.

Ключевые слова: гнойная хирургия, лазерные методы лечения, профилактика.

Хирургическая инфекция по последним данным протекает в виде острых и хронических болезней или нагноения посттравматических и послеоперационных ран, а послеоперационная раневая инфекция приводит к летальным исходам примерно в 25-75% случаев и наблюдается 35-45% пациентов. Предупреждение до-, интра и послеоперационных осложнений остается актуальной проблемой.

Частые аллергические реакции на лекарственные препараты, возникновение устойчивых к антибиотикам штаммов микроорганизмов, высокая стоимость фармакологических препаратов делает физические методы профилактики лечения и профилактики осложнений все более привлекательными.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с гнойно-септической патологией.

Цель достигается с помощью сочетанной терапии с применением традиционных методов лечения и лазерной терапии с длиной волны 0,85 мкм (аппарат «Оптодан» с модовым составом излучения).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 12 пациентов с синдромом системной воспалительной реакции (на фоне перитонита, синдрома диабетической стопы, атеросклеротической гангрены нижней конечности). Из них 7 пациентов составили основную и 5 больных – контрольную группу. Кроме инфузионной терапии, антибиотиков и корригирующего лечения больным параллельно проводился курс лазерной терапии. Воздействовали как на очаг воспаления (инфильтрат, рана), так и на магистральные кровеносные сосуды (сонные артерии, аорту), их рефлексогенные зоны, а также на желудочки сердца по разработанной нами схеме на I и II канале лазерного аппарата «Оптодан».

Клиническое улучшение состояния больных, прошедших курс лазерной терапии отмечали на 2-3 день лечения (снижение температуры тела, стабилизация гемодинамики, уменьшение проявлений интоксикации) в отличие от контрольной группы, где данные явления купировались на 3-4 дня позже. Выраженный клинический эффект при использовании в комплексе мероприятий лазерной терапии подтверждался данными динамического ультразвукового исследования. Кроме того в основной группе на было отмечено явлений венозного тромбоза и эпизодов кровотечений

Результаты и их обсуждение. Использование предложенной нами схемы лечения и профилактики приводили к снижению количества послеоперационных осложнений, улучшали течение послеоперационного периода, ускоряли период реабилитации и снижали сроки госпитализации.

* Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, кафедра госпитальной хирургии, г. Воронеж, Московский проспект д.151. БОКБ № 1 г. Воронежа.

THE LASER METHODS OF TREATMENT AND PROPHYLAXIS
IN SURGERY

V.YA. GENYUK, M.A.CHERNYKH

*Voronezh State Medical Academy after N.N.Burdenko,
Chair of Hospital Surgery*

The article concerns the use of laser therapy on large blood vessels, vascular reflexogenic zones and heart zones in combination with traditional treatment, which improves treatment results in patients with septic pathology.

Key words: contaminated surgery, laser methods of treatment, prophylaxis.

УДК: 616.361-071

РОЛЬ ГИДРОПРЕССИВНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ
ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ
У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ
ПРОТОКОВ

А.В. ГОРОХОВ*

В работе представлены диагностические возможности гидропрессивной магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в выборе лечебной тактики у пациентов с доброкачественными и злокачественными стриктурами желчевыводящих протоков, показана высокая информативность предложенного нами метода в ранней диагностике причин и уровня билиарной гипертензии.

Ключевые слова: Гидропрессивная магнитно-резонансная холангиопанкреатография, внепеченочные желчные протоки, стриктура желчных протоков.

В последнее десятилетие как в России, так и за рубежом отмечается отчетливая тенденция к росту заболеваний сопровождающихся механической желтухой некалькулезного генеза [2,6].

Несмотря на постоянное совершенствование инструментальных высокотехнологичных методов обследования больных, вопрос целенаправленного и адекватного лечения больных с доброкачественными и злокачественными стриктурами желчевыводящих путей остается сложной и до конца нерешенной задачей [3,7,9].

До настоящего времени, предпочтение в диагностике стриктур внепеченочных желчных протоков отдается инвазивным рентгеноконтрастным методам: эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, чрескожная чрепеченочная холангиография, фистулохолангиография [1,8].

По данным отечественной и зарубежной литературы инвазивные диагностические методы в достаточно большом проценте случаев (до 36%), приводят к развитию серьезных осложнений, а в 1% случаев – к летальному исходу [1,4,5].

В последнее время *магнитно-резонансная томография* (МРТ) желудочно-кишечного тракта значительно расширила свои диагностические возможности за счет внедрения скоростных программ получения МР-изображений, в частности, *магнитно-резонансной холангиопанкреатографии* (МРХПГ), являясь как бы альтернативой рентгеноконтрастным методам диагностики [3,6,9].

Несмотря на высокие дифференциально-диагностические возможности МРХПГ, имеются недостатки: обладает низкой точностью в определении степени стриктуры, не дает полной информативности о распространении опухолевого процесса относительно гепатикохоледоха (при инвазивном росте) и уровня фиброзных и инфильтративных изменений при доброкачественных стриктурах ЖВП, то есть его «статичность», неспособность расширить гепатикохоледоха во время исследования и двусмысленность выводов при диффузных склерозирующих опухолях, сопровождающихся продленным сегментом минимально суженного протока. Следовательно, полностью не решен вопрос о выборе хирургической тактики при использовании данных диагностических методов [2,3,8,9]. Возможным решением этих проблем является использование разработанной нами диагностической методики в дополнение к традиционному МРТ исследованию.

Цель исследования – определить значение *гидропрессивной магнитно-резонансной холангиопанкреатографии* (ГПМРХПГ) в выборе лечебной тактики у больных с билиарной гипертензией, вызванной сужением желчных протоков доброкачественного генеза и опухолевыми стриктурами.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен опыт проведения дооперационной диагностики 47 пациентов, поступивших в хирургическое отделение №1 ГУЗ ВОКБ №1 с обобщающим диагнозом: стриктура желчевыводящих протоков, механическая желтуха. Возраст больных колебался от 19 до 84 года. Женщин было 76.9%, мужчин – 23.1%. Всем пациентам после традиционной МРТ была выполнена МРХПГ, затем, ГПМРХПГ – метод, разработанный в клинике. Нами было обследовано 47 больных с билиарной гипертензией (холангиокарцинома – 4, хронический псевдотуморозный панкреатит – 9, рак головки поджелудочной железы – 17, рубцовые стриктуры на разных уровнях билиарного дерева – 13, стенозирование *билиодигестивного анастомоза* (БДА) – 3, первичный склерозирующий холангит – 1).

После стандартного клинико-лабораторного исследования больных, всем пациентам мы проводили традиционное МРТ исследование в комплексе с разработанной нами методикой.

Исследование брюшной полости проводят по стандартной методике на среднепольном МР-томографе «General Electric» (США) с величиной постоянного магнитного поля 1,5 Тл больным с доброкачественными и злокачественными стриктурами желчных путей при наличии холангиостомы. МРТ брюшной полости выполняют натощак в утренние часы, при этом последний прием пищи рекомендован не позже 19 часов. Поверхностную магнитную катушку для тела (CP Body Array Coil), имеющую два сегмента – В1 и В2, накладывают электронным блоком в сторону ног, а пациент подается в тоннель магнита, лежа на спине головой вперед. Первичное центрирование пациента проводится по положению осевых линий катушки для тела и световой метки по срединной линии на 5-10 см дистальнее мечевидного отростка. Первичную томограмму получают с использованием быстрой поисковой программы для желудочно-кишечного тракта (Gastrointestinal-Scout) на основе импульсной последовательности «градиентное эхо» длительностью 18 секунд без задержки дыхания. Полученные при этом изображения в аксиальной и фронтальной плоскостях используют для последующего позиционирования срезов. Визуализацию верхних отделов живота выполняют с получением T1- и T2-взвешенных изображений. Для получения первой серии T2- взвешенных изображений в аксиальной плоскости применяют импульсную последовательность HASTE (Half-Fourier Acquisition Single-Shot). Эта последовательность основана на получении изображения посредством TurboSE протокола с единичным возбуждающим импульсом и полу-Фурье восстановлением. HASTE- последовательность не восприимчива к двигательным и дыхательным артефактам, обеспечивает высокую разрешающую способность и контрастность паренхимы, мягких тканей и имеет следующие параметры: TR (время повторения) – 2500 мс, TE (время эхо) – 100 мс, FA (угол отклонения) – 150°, матрица 136×256, FoV (поле обзора) – 360 мм, толщина среза 8 мм. Далее на основе T2 – видимых изображений в аксиальной плоскости, получают фронтальные T2 – видимые изображения с применением той же импульсной последовательности. Позиционируя по T2 – взвешенным изображениям, выполняют протоколы для получения T1 – взвешенных изображений в разных плоскостях. Эти импульсные последовательности основаны на TurboFLASH (Fast Low Angle Single-Shot) протоколах. В основу получения изображения положены очень быстрые последовательности с использованием одного подготовительного импульса, короткого времени повторения, малого угла отклонения вектора намагниченности. Для получения томограмм в аксиальной плоскости используют импульсную последовательность с параметрами: TR – 120 мс, TE – 4 мс, FA – 60°, матрица – 136×256, FoV – 360 мм, толщина среза – 8 мм. T1 – взвешенные изображения во фронтальной плоскости получают при использовании последовательности с параметрами: TR – 120 мс, TE – 4 мс, FA – 60°, матрица – 134×256, FoV – 380 мм, толщина среза – 8 мм. Мы использовали в дополнение к существующей схеме следующие шаги.

После получения первичных томограмм пациента извлекают из тоннеля прибора. Поверхностную магнитную катушку для тела не снимают. Через наружное отверстие холангиостомы 10мл одноразовым шприцом вводят физиологический раствор со скоростью 0,3 мл/с до появления чувства наполнения – в объеме 7-10 мл. При этом создается повышенное давление в желчном дереве, способствующее расширению желчных протоков до места обструкции. Перекрывать холангиостому дополнительным зажимом для предупреждения вытекания физиологического раствора не требуется, достаточно не вынимать шприц из наружного от-

* Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 394036 г. Воронеж, ул. Студенческая 10.