

В обоих случаях у больных с ПРИЗ был зафиксирован транзиторный гипопаратиреоз, который легко купировался за короткое время на фоне терапии препаратами кальция и витамином В. Пареза гортани, постоянного гипопаратиреоза, нагноения раны, кровотечения и других осложнений у наблюдаемых пациентов зафиксировано не было. У больных также не отмечено летальных исходов, обусловленных хирургическим вмешательством на ЩЖ.

Что касается двух случаев транзиторного гипопаратиреоза, то причиной стало временное нарушение кровоснабжения околощитовидных желез при их выделении из выраженных рубцов и спаек.

Заключение

Проведенное исследование показало, что повторные операции на ЩЖ являются крайне сложными и рискованными вмешательствами, однако оставлять без внимания патологический процесс в тиреоидной ткани нецелесообразно. Обойтись минимальным количеством осложнений при хирургическом лечении больных данной категории возможно при использовании предлагаемой методики с обязательным выделением околощитовидных желез, возвратного гортанного нерва и применением бинокулярных луп и прецизионной техники.

Поступила 15.02.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев И. С., Мишкин А. У., Копылов В. И. Тактика хирургического лечения узловых образований ЩЖ в эндемичной по зобу области // Вестник хирургии. 1985. № 5. С. 125–127.
2. Калайда Л. П. Рецидивный зоб / Л. П. Калайда, Н. С. Выродов // Хирургия. 1988. № 4. С. 94–98.
3. Камардин Л. Н. Рецидивный диффузно-токсический зоб и хирургическая тактика его лечения / Л. Н. Камардин, А. М. Пономарева // Заболевания щитовидной железы и околощитовидных желез: Тезисы докладов Всероссийского симпозиума по хирургической эндокринологии. Харьков, 1991. С. 32–34.
4. Никитенко А. И. Дифференцированный подход к выбору метода операций при узловых образованиях щитовидной железы // Современ. аспекты хирург. эндокринол.: Материалы VI Рос. симп. по хирург. эндокринол. Саранск, 1997. С. 194–198.
5. Селькин В. В. Ошибки, осложнения и опасности у больных с заболеваниями щитовидной железы / В. В. Селькин, Н. Н. Кондулокова, Н. П. Свечникова // Современные аспекты эндокринологии: Трудности, ошибки и осложнения в эндокринной хирургии: Материалы III Всероссийского симпозиума по хирургической эндокринологии. Самара, 1994. С. 224–226.

6. Слесаренко С. С. Диагностика и лечение рецидивного узлового зоба / С. С. Слесаренко, Н. М. Амирова, Н. И. Бозин // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VI–VIII Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Саранск, 1997. С. 267–268.

7. Шулуток А. М. Причины и профилактика рецидивного зоба / А. М. Шулуток, Н. А. Иванова, В. И. Семиков и др. // Совместные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы IX–XI Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Челябинск, 2000. С. 479–482.

8. Шухгалтер И. А. Диагностика и хирургическое лечение рецидивного зоба / А. И. Шухгалтер, А. Н. Бойко, Б. М. Бурченков и др. // Хирургия. 1990. № 4. С. 35–41.

9. Cohen-Keren R. Multinodular goiter: the surgical precedure of choice / R. Cohen-Keren, P. Schachter M. Scheinfeld et al // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2000. Vol.122 (6). P. 848–850.

10. EHes W. Chirurgie des n. recurrens und seine funktionserhaltung bei oder nach Schädigung in Rahmen einer Strumateilresektion // Zbl. Hals-Nasen-Ohrenhkl. 991. Bd. 140. H. 10. P. 674–675.

11. Mishra A., Mishra S. Total thyroidectomy for differentiated thyroid cancer: primary compared with completion thyroidectomy // Eur. J. Surg. 2002. Vol. 168 (5). P. 283–287.

12. Torre M. A. Recurrent goiter: analysis of 134 reintervention / G. C. Torre, G. Borgonovo, A. Azzero et al. // Ann. Ital. Chir. 1996. Vol. 67 (3). P. 357–363.

**R. B. MUMLADZE, D. D. DOLIDZE,
A. H. SULTIGOV, M. S. TAGIEV, T. D. DGIGKAEV,
G. N. KARADIMITROV, T. YU. LALAZARJAN**

THE FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE NONTOKIC RECURRENT GOITER

We studied treatment results of 54 patients with postoperative nontoxic recurrent goiter, who were under observation and surgical treatment at the Botkin State Clinical Hospital from 2003 till 2006. To reduce postoperative complications during thyroid gland operations we used original method with magnifying technique. The complications were noted in 2 (3,7%) patients. Methods used during thyroid gland repeated operations with magnifying technique significantly reduced postoperative complications and improved surgical results.

Key words: surgery, endocrinology, thyroid gland, recurrent goiter, magnifying technique, hypoparathyroidism, recurrent larynx nerve.

В. И. ОНОПРИЕВ, Т. М. СЕМЕНИХИНА, Р. Г. РЫЖИХ

НОВЫЙ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ФГУ Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии, г. Краснодар

Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) занимает особое место среди заболеваний проксимальных отделов желудочно-кишечного трак-

та и проявляется нарушением моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки (ДПК), в основе которого лежат причины как механического, так и

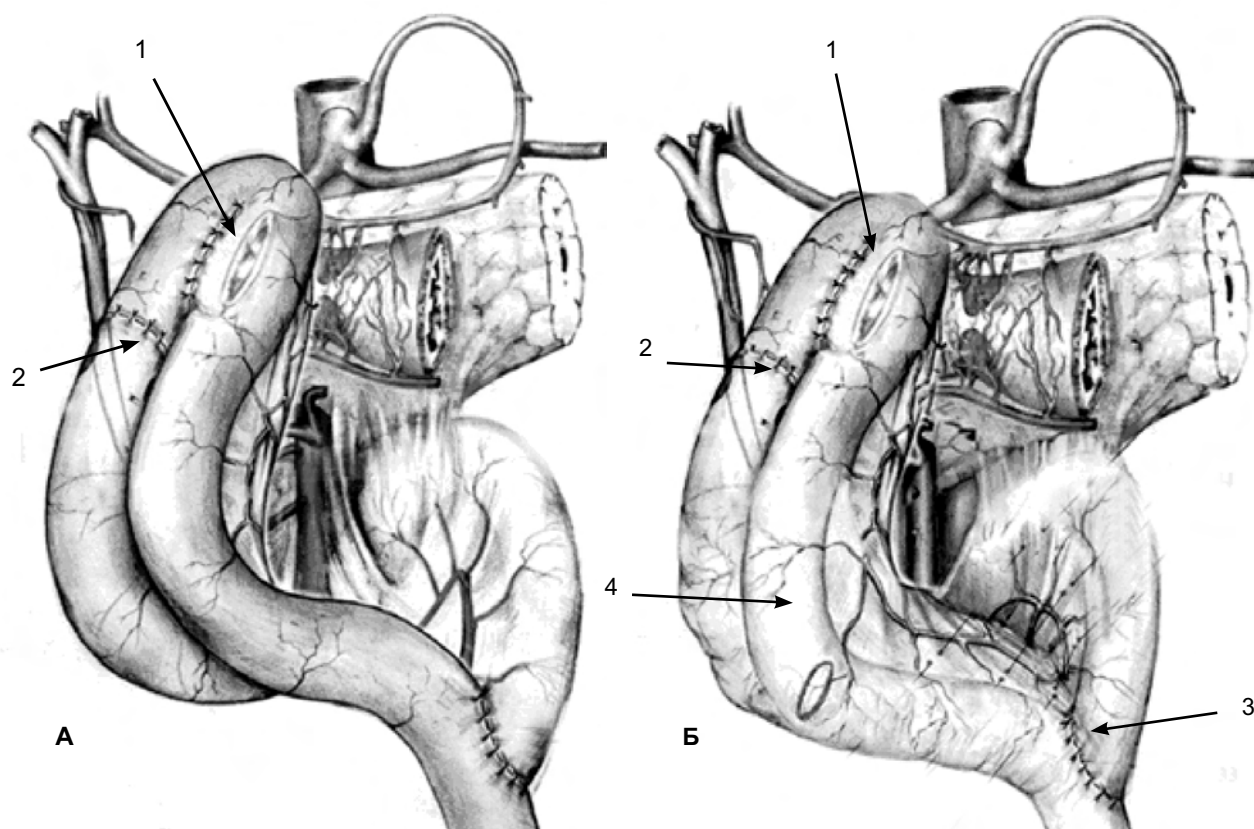
функционального характера. Спектр особенностей функциональных нарушений моторики ДПК широк и сопровождается разнообразными клиническими проявлениями: от бессимптомного течения до явлений хронической кишечной псевдообструкции и декомпенсированной дуоденальной непроходимости [1, 2]. По данным Я. С. Циммермана, частота встречаемости функциональной формы ХДН составляет около 86% [3]. Многие авторы придерживаются мнения о том, что неоперативное лечение является успешным в стадии компенсации, а в стадии суб- и декомпенсации терапевтические мероприятия дают нестойкий эффект и после безуспешного терапевтического лечения следует прибегать к хирургическому вмешательству [1, 2]. Основным недостатком большинства известных способов хирургического лечения ХДН являются удаление и разрушение важных в анатомо-физиологическом отношении структур желудочно-кишечного тракта, полное выключение ДПК из пассажа пищи, что не может гарантировать удовлетворительных результатов лечения.

Цель исследования – разработать комплекс органосохраняющих прецизионных хирургических технологий лечения функциональной формы ХДН и на основе морфологического, манометрического исследований и анализа качества жизни оценить их эффективность.

Материалы и методы

В РЦФХГ под руководством В. И. Оноприева разработана и применяется органосохраняющая технология хирургического лечения ХДН (патент № 2219851 от 27.12.2003). С 1994 по 2005 г. в клинике по данной методике прооперировано 84 человека. Алгоритм обследования пациента включал предоперационное, интраоперационное и послеоперационное (ближайшее и отдаленное) обследование. Диагноз ХДН подтверждали данными комплексного обследования: анализировали клинические проявления, данные ультрасонографии, рентгеноскопии и рентгенографии желудочно-кишечного тракта, фиброгастродуоденоскопии, изучали биохимические параметры крови, суточную рН-метрию, результаты моторики и желудочной секреции.

Проводили интраоперационную диагностику. Данный метод имеет важное значение и представляет собой комплекс последовательно выполняемых визуальных, пальпаторных и инструментальных исследований, направленных на оценку патологических изменений со стороны ДПК (ее тонус, степень дилатации, наличие явлений перидуоденита), а также характер вторичных поражений органов гастродуоденопанкреатобилиарного комплекса (ГДК). Изучают кровоснабжение гастродуоденального перехода, так как анатомическая сложность кровоснабжения пилорoduоденальной зоны должна учитываться при выполнении данного комплексного лечения.



Двойное дренирование (А), тройное дренирование (Б) двенадцатиперстной кишки

Примечание: 1 – концевой бульбоэнтероанастомоз,
2 – бульбоэнтероанастомоз конец в конец,
3 – энтероэнтероанастомоз конец в бок,
4 – энтеродуоденоанастомоз бок в бок.

Интегральная оценка отдаленных результатов хирургического лечения функциональных форм хронической дуоденальной непроходимости через 1 год после операции

Модифицированная классификация Visick	Стадия заболевания						Всего (n=84)	
	Компенсации (n=15)		Субкомпенсации (n=52)		Декомпенсации (n=12)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отличные (Visick I)	14	93,3	27	51,2	-	-	41	48,8
Хорошие (Visick II)	1	6,6	23	44,2	8	66,6	32	38,1
Удовлетворительные (Visick III)	-	-	2	3,8	3	25,0	5	6,0
Плохие (Visick IV)	-	-	-	-	1	8,3	1	1,2

Новизна способа хирургической коррекции ХДН заключается в том, что выполняется органосохраняющая операция путем сбережения ДПК, привратника и важных анатомо-физиологических структур ГДК. При этом создается двойное (на рисунке А) или в стадии декомпенсации тройное (на рисунке Б) дренирование ДПК, которое осуществляется формированием антиперистальтического конце-концевого еюнодуоденоанастомоза (на рис. А, Б – 2) и конце-бокового еюноеюноанастомоза дистальнее связки Трейтца (на рис. А, Б – 3). При характерных признаках стадии декомпенсации нижняя горизонтальная петля ДПК анастомозируется поперечно-поперечным анастомозом с петлей тощей кишки (на рис. Б – 4). Коррекция дуоденогастрального рефлюкса производится формированием проксимального антирефлюксного конце-петлевого еюнопилорического анастомоза проведением привратниковой части ДПК через «окно» в брыжейке тощекишечного трансплантата и укреплении отдельными швами. Далее петля тощекишечного трансплантата фиксируется по периметру луковицы отдельными серо-серозными швами и вскрывается просвет тощей кишки. Прилегающие края луковицы ДПК и тощей кишки сопоставляются отдельными серозно-мышечно-подслизистыми швами. Передняя стенка формируется однорядными серозно-мышечно-подслизистыми швами.

Внутриполостную манометрию проводили методом открытых катетеров на шестиканальном комплексе «Synectics» (Швеция). Биоптаты слизистой оболочки (СО) желудка и ДПК получали во время проведения эндоскопического исследования. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином. Морфологические изменения СО оценивали полуколичественно, с учетом наличия и степени выраженности атрофических, воспалительных и метапластических изменений, используя специально разработанную шкалу оценок в баллах [5]. Интегральную оценку хирургической коррекции ХДН проводили по модифицированной нами шкале Visick (1948) [4].

Результаты и их обсуждение

Исследование морфологической картины показало, что до операции у 67 больных был выявлен активный хронический гастрит фундального отдела желудка: I степень воспаления диагностирована в 79% случаев, II – в 17% и III – в 3%; атрофия и метаплазия выявлены у 21% и 10% больных соответственно. Воспаление СО антрального отдела желудка

отмечено у всех пациентов. Исследование ДПК показало, что I степень активности воспаления СО выявлена у 76% пациентов, II – у 14% и III – у 3%. I степень инфильтрации встречалась в 72% случаев, II – в 17%; атрофический дуоденит и метаплазия СО ДПК диагностированы у 13% и 7% больных. Микроскопическая оценка изменений СО желудка и ДПК показала, что дуоденостаз способствует развитию структурных изменений в слизистой оболочке антрального отдела желудка и ДПК.

Через 1 месяц после операции активность воспаления в СО желудка и ДПК снизилась на 64% в теле желудка, на 26% в антруме и на 46% в ДПК, в основном за счет уменьшения I степени активности. Инфильтрация сохранялась у 71% пациентов в фундальном отделе желудка, у 60% больных в антральном отделе и у 65% в ДПК. Через год статистически достоверно улучшились гистологические показатели активности воспаления как в фундальном, антральном отделах желудка, так и в ДПК. Хирургическое лечение не повлияло на частоту встречаемости атрофии и метаплазии.

Двигательную активность ГДК в отдаленном послеоперационном периоде исследовали у 28 больных. Во время исследования акцентировали внимание на моторной активности антрального отдела желудка и ДПК. В 57% случаев амплитуда сокращения антрума и ДПК была средней или умеренно сниженной; продолжительность мигрирующего моторного комплекса (ММК) 100 и более минут; продолжительность фазы активности больше, чем фазы покоя, в 1,5–3 раза. Данная манометрическая картина была характерна для лиц, прооперированных на стадии субкомпенсации, и расценивалась нами как отличный и хороший результат лечения. У 25% больных через год после операции имелись: нарушения периодичности моторики, увеличение продолжительности ММК более 150 мин; наличие резко увеличенной амплитуды сокращений антрума на фоне сниженной в ДПК и выраженные изменения III фазы моторики. Это свидетельствовало об отсутствии восстановления моторной активности в ДПК, снижении ее пропульсивной способности и повышенной функциональной нагрузки на желудок. Уже через 2 недели после назначения эритромицина или мотилиума у больных достоверно возросло процентное соотношение координированных волн. Результат лечения посчитали удовлетворительным. Только у 5 пациентов (18%) в отдаленном послеоперационном

периоде периодичность ММК отсутствовала; продолжительность фазы покоя значительно преобладала над активностью; сокращения антрума и ДПК были низкой амплитуды или отсутствовали. Неудовлетворительные результаты были получены у больных, которых прооперировали на стадии декомпенсации. Тем не менее применение данной хирургической технологии обеспечивает адекватное дренирование ДПК даже при нарушении моторной активности.

Разработка новых видов оперативного лечения направлена на достижение более эффективной жизни пациентов наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия, то есть приемлемого уровня качества жизни. Оценка результатов хирургического лечения по результатам анкетирования больных через год после операции представлена в таблице.

Таким образом, можно сделать следующее заключение: выполнение двойного или тройного дренирования ДПК обеспечивает эффективное дренирование ДПК при полном сохранении всех ее отделов и исключает дуоденогастральный рефлюкс. Анализ гистологической картины показал, что хирургическое лечение существенно влияет на выраженность активности и инфильтрации в СО желудка и ДПК и в меньшей степени отражается на атрофических и метапластических процессах. Позитивная трансформация организации двигательной активности ГДК наблюдается в основном у лиц, прооперированных на стадии компенсации и субкомпенсации, когда структурные изменения интрамурального нервного аппарата и мышечной стенки кишки еще не являются необратимыми. Тем не менее, несмотря на гипокинезию, гипотонию, а также различные нарушения кишечной стенки, у больных, прооперированных на стадии декомпенсации, применение данной технологии обеспечивает удовлетворительный темп эвакуации и улучшает самочувствие. Органосохраняющее направление в хирургическом лечении ХДН в подавляющем большинстве случаев позволяет добиться в отдаленном послеоперационном периоде отличных

и хороших результатов и обеспечивает повышение качества жизни.

Поступила 18.11.06 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валенкевич Л. Н., Яхонтова О. И. Клиническая энтерология. СПб: «Гиппократ», 2001. С. 34–37.
2. Маев И. В., Самсонов А. А. Болезни двенадцатиперстной кишки. М.: «МЕДпресс-информ», 2005. С. 439–453.
3. Циммерман Я. С. Очерки клинической гастроэнтерологии. Пермь, 1992. С. 287–316.
4. Оноприев В. И., Корочанская Н. В., Бендер Л. В., Клименко Л. И. Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных осложненной явственной болезнью двенадцатиперстной кишки. Краснодар, 2001. С. 163–165.
5. Dixon M., Genta R., Yardley J. et al. Classification and grading of gastritis // Am. J. Surg. Pathol. 1996. № 20. P. 1161–1181.

V. I. ONOPRIEV,
T. M. SEMENIKHINA, R. G. RYZHIKH

A NOVEL APPROACH TO OPERATIVE TREATMENT OF THE FUNCTIONAL FORM OF A CHRONIC INTESTINAL PSEUDO OBSTRUCTION

A method of surgical treatment of the functional form of a chronic intestinal pseudo obstruction (Patent 2219851 dated 27.12.2003) allowing to save all parts of the duodenum and the antroduodenal segment; not to disturb the digestive conveyor; to create an antireflux bulboentero anastomosis; to provide an optimal duodenal drainage by applying bulboentero and duodenoentero anastomoses, to eliminate gastrostasis; to achieve excellent and good results in 87% of cases in long-term postoperative follow-up is offered.

Key words: chronic intestinal pseudo obstruction, surgical.

С. Г. ПАВЛЕНКО, М. М. ФИЗУЛИН, Л. Ф. ТКАЧ, О. В. КАДОЛ

КИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫЙ СВИЩ – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Кубанский медицинский институт, ГУЗ клинический госпиталь для ветеранов войн
им. проф. В. К. Красовитова департамента здравоохранения Краснодарского края*

Наиболее редким осложнением дивертикулеза толстой кишки является образование кишечного-влагалищного свища, возникающее, как правило, после удаления матки.

Мы располагаем случаем успешного лечения пожилой пациентки с сигмовидно-кишечно-влагалищным свищем. Больная Л., 84 года, история болезни № 4862, находилась на лечении в ГУЗ КГВВ с 5.06.06 г. до 3.07.06 г. Предъявляла жалобы на выделение кала из влагалища в течение последних 5 месяцев. В течение последнего месяца отмечает увеличение выделения калового отделяемого. В анамнезе у больной – запоры в течение 5 лет, малярия в 1942 г.; в 1974 г. перенесла экстирпацию

матки по поводу кровотечения, в 1984 г. – холецистэктомии. Перенесла 2 инфаркта миокарда (1998 и 1999 гг.) и ишемический инсульт (1997 г.). В 2000 году пациентка получила перелом шейки правого бедра с формированием ложного сустава. Страдает артериальной гипертензией III ст., риск 4, ИБС, стенокардией напряжения III ф. кл., мерцательной аритмией, НК – II А, имеются остаточные явления ОНМК. Страдает хроническим циститом.

Консультация гинеколога: менопауза с 53 лет, роды – 1, аборт – 1. 1974 г. – экстирпация матки с придатками. St. genitalis: осмотр в зеркалах не произведен из-за перелома шейки бедра. Бимануально: влагалище