

6. Лебедев Л. В., Седлецкий Ю. И. Хирургическое лечение ожирения и гиперлипидемии. Л.: Медицина, 1987. 216 с.

7. Лебедев Л. В. Перспективы комплексного лечения атеросклероза. Современные проблемы практической ангиологии и сосудистой хирургии: Сборник научных работ // Наука и практика. Кострома, 2001.

8. Нагорнев В. А., Яковлева О. А., Рабинович В. С. Атерогенез и воспаление // Мед. академический журнал. 2001. № 1. С. 36–43.

9. Седов В. М., Седлецкий Ю. И., Лебедев Л. В., Мирчук К. К. Отдаленные результаты хирургической коррекции дислипидемии в комбинированном лечении клинических проявлений атеросклероза: Материалы Российского симпозиума «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений». СПб, 2004.

10. Хирургическое лечение больных атеросклерозом и его осложнений. Сборник трудов кафедры хирургических болезней № 2 ЛМИ им. ак. И. П. Павлова. Л., 1985.

11. Atkins D., Psaty B. M., Koepsell T. D., Longstreth W. T., Larson E. B. Cholesterol reduction and the risk of stroke in men: a meta-analysis of randomized, controlled trials // Ann. Intern. Med. 1993. Vol. 119. № 2. P. 136–145.

12. Buchwald H. A surgical operation to lower circulating cholesterol // Circulation. 1963. Vol. 23. № 11. P. 649–656.

**V. B. MOSIAGIN,
D. L. BURIKOVSKI, M. A. KALININA**

ENDOVIDEOSURGICAL CORRECTION OF DYSLIPIDEMIA

In this article is shown the possibilities and advantages of laparoscopic technique in surgical correction of dyslipidemia, especially when the therapy with statins can't be used.

**Р. Б. МУМЛАДЗЕ, Д. Д. ДОЛИДЗЕ,
А. Х. СУЛТЫГОВ, М. С. ТАГИЕВ, Т. Д. ДЖИГКАЕВ,
Г. Н. КАРАДИМИТРОВ, Т. Ю. ЛАЛАЗАРЯН**

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РЕЦИДИВНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

*Кафедра общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии
(зав. проф. Р. Б. Мумладзе) РМАПО на базе ГКБ им. С. П. Боткина, г. Москва*

В данной работе приводятся результаты лечения 54 больных с послеоперационным нетоксическим рецидивным зобом (ПРНЗ), находившихся для обследования и хирургического лечения в ГКБ им. С. П. Боткина с 2003 по 2006 г.

С целью уменьшения частоты послеоперационных осложнений все больные были оперированы по оригинальной методике с применением увеличительной техники.

Обязательными являлись следующие этапы операции: иссечение послеоперационного рубца, рассечение спаек, мобилизация оставшейся ткани щитовидной железы (ЩЖ) без прошивания с предварительной перевязкой и пересечением сохраненных тиреоидных вен и артерий, выделение околощитовидных желез и возвратных гортанных нервов, удаление ткани ЩЖ экстрафасциально.

У наблюдаемых больных осложнения были отмечены в 2 (3,7%) случаях.

Использованные методические подходы при повторных оперативных вмешательствах на ЩЖ с применением увеличительной техники позволили значительно снизить количество специфических послеоперационных осложнений и добиться улучшения результатов хирургического лечения больных с ПРНЗ.

В связи со значительным распространением заболеваний ЩЖ возросло количество повторных операций на данном эндокринном органе [4]. Основное количество больных этой категории приходится на пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу узлового (многоузлового) нетоксического зоба.

Частота развития ПРНЗ, по данным разных авторов, составляет от 1,4% до 60% [6–10]. Основное ко-

личество больных данной категории приходится на пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу узлового (многоузлового) нетоксического зоба.

Ведущая роль в патогенезе ПРНЗ принадлежит как нарушениям дисэнцефально-гипофизарной регуляции ЩЖ [9], так и нарушениям иммунной системы, обуславливающим выработку анти тиреоидных антител. Кроме того, возможной причиной рецидива заболевания ЩЖ является недостаточная радикальность предшествующей операции.

Известно также, что высокая склонность тиреоидной ткани к пролиферативным процессам и возникающая после операции мощная стимуляция микроскопических аденоматозных очагов в оставленной на первый взгляд нормальной паренхиме железы могут обуславливать развитие патологических изменений ЩЖ [8].

Следует отметить, что хирургическое лечение ПРНЗ является технически крайне сложной задачей. Повторные вмешательства всегда атипичны, требуют тщательной ревизии области операции и индивидуального подхода. Трудности обусловлены особым анатомическим расположением ЩЖ, наличием грубых рубцов и выраженного спаечного процесса в данной зоне, а также повышенной кровоточностью рубцовой ткани [3–7].

Именно этим можно объяснить частоту послеоперационных осложнений у пациентов с рецидивным зобом.

Так, по литературным данным, количество осложнений у больных с ПРНЗ составляет от 3 до 30% [7, 15–19]. Среди них частота пареза гортани при повреждении возвратного гортанного нерва может достигать до 20%, а

транзиторного и постоянного гипопаратиреоза в случае травматизации паращитовидных желез – до 27%.

Это свидетельствует о неоднозначности методики хирургического вмешательства на ЩЖ при ПРНЗ и неполноценности некоторых технических приемов, необходимых для уменьшения количества специфических послеоперационных осложнений [1, 5, 13, 14, 15].

Таким образом, представляется целесообразным и интересным поиск новых путей улучшения результатов хирургического лечения больных с ПРНЗ.

Материалы и методы

В основу работы положен анализ сведений о 54 больных с ПРНЗ, находившихся на обследовании и лечении в 16-м хирургическом отделении ГКБ им. С. П. Боткина в 2003–2006 гг.

У всех этих пациентов для хирургического лечения использовали усовершенствованную методику оперативного вмешательства на ЩЖ (патент № 2004103654/14 от 08.02.05, РМАПО /Долидзе Д. Д., Мумладзе Р. Б./). Во время операции применяли увеличительную технику. Хирургическое вмешательство сопровождалось обязательной визуализацией околощитовидных желез и возвратного гортанного нерва.

У оперированных нами по поводу ПРИЗ больных в 26 (48,1%) случаях гистологически обнаружен пролиферирующий зоб, в 10 (18,5%) – аутоиммунный тиреоидит, в 9 (16,6%) – аденома ЩЖ, а в 5 (9,2%) наблюдениях – папиллярный рак ЩЖ с распространенностью процесса $T_1N_0M_0$.

Больных мужского пола было 3 (5,5%), женского – 51 (94,4%). Их возраст колебался от 30 до 78 лет. Средний возраст был равен 52 годам. Наибольшая частота заболеваемости приходилась на возрастной период от 40 до 70 лет. Следует отметить, что среди пролеченных пациентов в 2 случаях операция была выполнена в третий раз.

При определении тактики оперативного лечения больных с различными заболеваниями ЩЖ учитывали морфологическую картину патологического процесса, результаты обследования, анамнез заболевания, а также возраст и пол пациента.

У наблюдаемых больных при первом хирургическом вмешательстве была выполнена резекция доли ЩЖ в 21 (38,8%) наблюдении, субтотальная резекция в 26 (48,1%) и тиреоидэктомия – в 7 (12,9%) случаях.

Всем пациентам было произведено тотальное удаление оставшейся ткани ЩЖ. При выборе объема оперативного вмешательства в первую очередь учитывали характер изменений в ЩЖ, о котором можно было судить по данным предоперационного обследования, включающего: сбор анамнеза, клинический осмотр, эхолакацию, тонкоигольную аспирационную пункцию ЩЖ с цитологическим исследованием пунктата, сцинтиграфию ЩЖ, рентгенологические и радиоиммунологические методы исследования.

После полного обследования подготовку больных к операции проводили традиционно. Операцию выполняли исключительно под эндотрахеальным наркозом.

Во время вмешательства использовали увеличительную технику. Последняя была представлена бинокулярными лупами фирм «Зенит» и «Zeiss», которые состояли из блока монокуляров, головного обруча, прожектора и осветителя. Кратность увеличения – 2,7–5,8 раза.

Применяемые в процессе операции бинокулярные лупы фирмы «Зенит» были представлены двумя моделями: МБП-1 с кратностью увеличения 2,7–3,1 раза и ТПБ с кратностью увеличения 4,2–5,8 раза. Кроме того,

использовался бинокуляр фирмы «Zeiss» с постоянным увеличением в 4,3 раза.

Доступ к ЩЖ осуществляли воротниковым разрезом с иссечением послеоперационного рубца и пересечением грудино-щитовидных, грудино-подъязычных мышц. После рассечения спаек и обнажения ЩЖ удаляемую долю или остаток ткани поднимали двумя зажимами «Алиса». Удаление тиреоидной ткани производили экстрафасциально. Выделение доли начинали исключительно после перевязывания и последующего пересечения сохраненных при первой операции вен и артерий ЩЖ. Сначала мобилизовывали верхний полюс для достижения большей подвижности доли ЩЖ с последующим переходом на нижний полюс, где возможен контакт с нижними околощитовидными железами и возвратным гортанным нервом.

При выделении нижнего полюса ЩЖ визуализировали, а при необходимости выделяли нижние околощитовидные железы.

Пересечение сосудов ЩЖ производили после перевязки непосредственно у тиреоидной капсулы с оставлением сосудистых веточек, питающих эпителиальные тельца.

Верхние околощитовидные железы находили после выделения возвратного гортанного нерва при мобилизации боковой поверхности оставшейся ткани ЩЖ.

Выделение возвратного гортанного нерва начинали с пальпации паратрахеальной области для его обнаружения в виде подвижного тяжа. Препаровку проводили тонким зажимом и пинцетом. Возвратный гортанный нерв старались визуализировать, а при необходимости и выделить только в той конкретной зоне, которая прилежала к удаляемой тиреоидной ткани.

При этом были использованы бинокулярные лупы фирм «Зенит» и «Zeiss».

Следует отметить, что ПРНЗ у всех наблюдаемых больных развился после операций, выполненных без выделения возвратного гортанного нерва, с сохранением ткани ЩЖ в зоне перехода нерва в гортань, что стало у большинства пациентов причиной возврата заболевания.

Рану дренировали одним или двумя силиконовыми выпускниками и строго послойно зашивали.

Результаты исследования

Применение данного хирургического способа с использованием увеличительной техники позволило улучшить результаты хирургического лечения больных с ПРНЗ в виде уменьшения частоты специфических осложнений и сохранения качества жизни пациентов после оперативного вмешательства.

Улучшение результатов хирургического лечения было обусловлено как эффективностью самой операции с соблюдением определенной этапности хирургического вмешательства, так и использованием увеличительной техники.

Применение прецизионной техники при выделении возвратного гортанного нерва и околощитовидных желез, при наличии рубцового процесса позволяет в большинстве случаев избежать развития пареза гортани, временного и постоянного гипопаратиреоза путем более точного и атравматичного манипулирования в области операции. Кроме того, технические приемы, применяемые при увеличении бинокулярами зоны вмешательства, важны для достижения максимального объема вмешательства с соблюдением правильной тактики лечения больных и исключения возможности повторного рецидивирования патологического процесса.

При операциях по поводу заболеваний ЩЖ у наблюдаемых больных осложнения были отмечены в 2 (3,7%) случаях.

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