

мы доли. В ходе операции проводятся мероприятия, направленные на предупреждение повреждения нижних гортанных нервов в случае завершающей (окончательной) тиреоидэктомии, выполняется срочное гистологическое исследование. В 2012 г. выполнено 13 резекций доли ЩЖ (у 12,5% больных с одиночной ФН). Во всех наблюдениях при плановом гистологическом исследовании диагностирована фолликулярная аденома. После операции заместительная терапия левотироксином не назначалась, через 3 месяца после операции (контрольный осмотр) уровни тиреоидных гормонов и ТТГ в пределах нормы.

Всё большее число пациентов с ФН ЩЖ обращаются к хирургу на доклинических стадиях заболевания, когда новообразование занимает незначительную часть доли железы. С целью исключения из числа пациентов с фолликулярными опухолями больных медуллярным РЩЖ и опухолями околощитовидных желез целесообразно в дооперационном периоде исследовать уровень кальцитонина, паратгормона, ионизированного кальция крови. Срочное интраоперационное исследование позволяет значительно (на 20%) уменьшить число неопределённых цитологических заключений «фолликулярная неоплазия». Реальный риск обнаружения РЩЖ у больных ФН после срочного гистологического исследования не превышает 5%. В ряде случаев, как показывает наш первый опыт, при ФН ЩЖ возможно выполнять операции в объёме меньшем, чем гемитиреоидэктомия, исключая необходимость заместительной терапии. Решение о проведении экономных резекций (расширенной биопсии) должно приниматься с согласия пациента, хорошо информированного о современных возможностях диагностики и результатах лечения опухолей ЩЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванушко В. Э., Кузнецов Н. С., Гарбузов П. И., Фадеев В. В. Рак щитовидной железы // Пробл. эндокринологии. – 2005. – Т. 51. № 4. – С. 43–52.
2. Ветшев П. С., Чилингарики К. Е., Лошенов Б. В. и соавт. Сравнительная оценка методов исследования при аденомах щитовидной железы // Хирургия. – 2001. – № 10. – С. 4–10.
3. Ветшев П. С., Чилингарики К. Е., Габаидзе Д. И., Салиба М. Б. Аденомы щитовидной железы // Хирургия. – 2005. – № 7. – С. 4–8.
4. Гринёва Е. Н. Узловые образования в щитовидной железе. Диагностика и врачебная тактика // Пробл. эндокринологии. – 2003. – Т. 49. № 6. – С. 59–62.
5. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В. и др. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба // Пробл. эндокринологии. – 2005. – Т. 51. № 5. – С. 40–42.
6. Романчишен А. Ф. Международные конференции по эндокринной хирургии и онкологии (март – декабрь 20008 г.) // Вестник хирургии. – 2009. – Том 168. № 3. – С. 90–93.
7. Федотов Ю. Н., Тимофеева Н. И., Черников Р. А. и соавт. Диагностика злокачественных опухолей щитовидной железы // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – № 3. – С. 211–215.
8. AACA clinical practice guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer // Endocr. pract. – 2006. – Vol. 12. – P. 63–102.
9. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium // European journal of endocrinology. – 2006. – № 154. – P. 787–803.

Поступила 14.02.2013

М. Б. АНДРЕЕВА, С. Б. БАЗЛОВ

ОСТРЫЕ ПОРТОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ

*Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8918-4110590. E-mail: mba555@mail.ru*

В статье проанализированы 19 случаев лечения пациентов с установленным диагнозом острого мезентериального венозного тромбоза. Сочетание болевого синдрома, лихорадки, пареза кишечника, гиперферментемии, метаболического ацидоза, лейкоцитоза с тромботическим анамнезом позволяет заподозрить данное заболевание. Дуплексное сканирование и КТГ с болюсным контрастированием не позволяют в достаточной степени визуализировать портальную венозную систему. Лапароскопия была информативна в 84,2% случаев. Все больные оперированы. У 68,4% больных диагностирован тромбоз верхней брыжеечной вены, в 26,3% случаев – тромбоз верхней брыжеечной и воротной вен. Применялась тактика сочетания тромбэктомии из портомезентериального бассейна с резекцией кишечника. Общая летальность составила 15,8%. Основой улучшения результатов лечения является сокращение времени диагностики путем использования визуализирующих методов, обязательного применения тромбэктомии из портомезентериального бассейна, тромболитической и антикоагулянтной терапии.

Ключевые слова: мезентериальные венозные тромбозы, портомезентериальная тромбэктомия, тромболитическая терапия, антикоагулянтная терапия.

M. B. ANDREEVA, S. B. BASLOV

ACUTE PORTO-MESENTERICAL VEIN THROMBOSIS

*Chair of faculty surgery of the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. 8918-4110590. E-mail: mba555@mail.ru*

In article 19 cases of treatment patients with the established diagnosis of a mesenteric venosis thrombosis are analysed. A combination of a painful syndrome, fever, stasis intestines, high aminotransferases, a metabolic acidosis, leucocytosis with thrombotic anamnesis have allowed to suspect disease. Duplex scan and CT with contrast nonvisualized portal venous system. Laparoscopy is pool informatively in 84,2%. All patients are operated. For 68,4% of patients it is diagnosed occlusion mesenteric superior vein, mesenteric superior vein and portal vein have made 26,3%. Combination tactics porto-mesenteric thrombectomy and reduction techniques was applied. The general mortality made 15,8%. Basis of improvement of results of treatment is reduction of time of diagnostics by use of visualising methods, obligatory application porto-mesenteric thrombectomy, bowel resection, thrombolytic and anticoagulation therapy.

Key words: mesenteric venosis thrombosis, bowel infarction, porto-mesenteric thrombectomy, thrombolytic therapy, anticoagulation therapy.

Введение

Острые портomesентериальные тромбозы являются относительно редкой формой нарушения кровообращения в брыжейке, составляя 10–15% всех случаев мезентериальных тромбозов. Редкая относительно артериальных форм нарушения кровообращения встречаемость, сложность клинической диагностики, трудности патогенетического лечения определяют высокий уровень летальности при данном виде патологии [1, 2, 4].

Результаты лечения острых мезентериальных венозных тромбозов до сегодняшнего дня остаются неутешительными и напрямую зависят от дооперационной продолжительности заболевания. В диагностике венозных тромбозов портальной системы имеются значительные трудности, связанные с неяркой картиной заболевания, обилием малых признаков, сложностями визуализации портomesентериального русла ультразвуковыми и рентгенологическими методами. Это требует детального анализа клинической картины, сравнительной оценки различных визуализирующих методик и на этой базе алгоритмизации диагностического процесса [5, 7]. Не решен вопрос классификации портomesентериальных венозных тромбозов, и, соответственно, не определена стратегия лечения. Не сформировано общее мнение о тромбэктомиях из вен воротной системы, сроках и технических моментах их проведения [6, 8]. Необходимость дифференцированного подхода к различным формам поражения сосудистого русла кишечника и стандартизации методов лечения определила необходимость данного исследования.

Материалы и методы

За период 2005–2012 гг. в больнице скорой медицинской помощи г. Краснодара оперировано 334 больных с различными формами острого нарушения мезентериального кровообращения, в том числе с острыми тромбозами вен кишечника – 19, что составило 5,2%. Соотношение мужчин и женщин было 12:7. Средний возраст пациентов 53,9±1,6 года против 75,2±3,7 при артериальных формах сосудистой болезни кишечника. У 12 пациентов в анамнезе имели место глубокие венозные тромбозы различной локализации, 2 пациента страдали полицитемией.

Результаты и обсуждение

Клиническая картина заболевания не имела патомоничных симптомов, развивалась постепенно, в стационар пациенты поступали на 3–14-е сутки от начала болезни с направительным диагнозом «перитонит неясной этиологии». Боль в животе имела место у всех больных, к моменту поступления она распространя-

лась по всему животу. У 7 пациентов удалось выявить появление боли в правой подвздошной области. Лихорадка являлась ранним признаком и наблюдалась во всех случаях. Парез кишечника развивался исподволь, и в начале заболевания 4 больных отмечали испражнения вишневой окраски. По лабораторным данным, характерны были лейкоцитоз (до 16 г/л), повышение уровня С-реактивного белка (до 114±1,4 мг/л), умеренное повышение уровня трансаминаз.

Методы визуализации острых портomesентериальных венозных тромбозов крайне скудны. Дуплексная сонография была неинформативной из-за невозможности визуализации воротной системы в условиях пареза кишечника. КТ брюшной полости и КТ-ангиография также были малоинформативны и выявляли лишь неспецифические признаки инфаркта кишечника и перитонита в виде портomesентериального газа у 3 больных (15,8%) и наличия свободной жидкости в брюшной полости. Более информативной была лапароскопия, правильный диагноз с помощью этого исследования был установлен у 16 пациентов (84,2%). Отличительной особенностью при этом были ярко-вишневый цвет пораженной кишки, напряженная, отечная, с точечными геморрагиями брыжейка и насыщенный геморрагический выпот. Учитывая клинику перитонита и признаки инфаркта кишечника, обнаруженные при лапароскопии, все 19 больных оперировали в экстренном порядке. В течение анализируемого периода нами применялся эмпирически сложившийся алгоритм хирургического вмешательства, где ключевыми позициями являлись жизнеспособность кишечника и вид поражения сосудистого русла. Это широкая срединная лапаротомия, оценка объема поражения кишечника и брыжейки, дифференциальный диагноз геморрагического и ишемического инфаркта, чрезбрыжеечная ревизия ВБА, чрезбрыжеечная ревизия ВБВ, выбор объема операции.

При ревизии брюшной полости имели место сходные проявления болезни, позволяющие дифференцировать венозные тромбозы кишечника с другими нарушениями кровообращения брыжейки. К таким проявлениям относились однотипный характер геморрагического инфаркта тонкой кишки со значительным отеком и имбицией брыжейки, интактность толстой кишки, субтотальное поражение тонкой кишки (относительно интактные участки 70–80 см от связки Трейца, 10–15 см от илеоцекального угла), спленомегалия при вовлечении в процесс селезеночной вены.

В связи с тем, что геморрагический тип инфаркта превалировал при различных формах нарушения брыжеечного кровотока, в том числе и артериальных, возникла необходимость дифференциального диагноза со следующими заболеваниями: артериальным мезентериальным тромбозом, неокклюзионной мезенте-

риальной ишемией, спонтанными гематомами тонкой кишки.

По уровню закупорки вен распределение было следующим: верхняя брыжеечная вена (ВБВ) была тромбирована до уровня конfluence в 13 (68,4%) случаях, тромбоз верхней брыжеечной вены (ВБВ) с переходом на воротную вену наблюдался у 5 (26,3%) больных, тромбоз верхней брыжеечной, воротной и селезеночной вен имел место в 1 (5,3%) наблюдении.

Обязательным этапом операции были выделение ВБВ и ретроградная тромбэктомия из воротной вены до получения удовлетворительного ретроградного кровотока. В случае полного тромбоза вен воротного бассейна выполнялась спленэктомия. Тромбэктомия из ВБВ и воротной вен производилась из культи селезеночной вены у зоны слияния. Степень выраженности перифлебита была различной и напрямую не коррелировала с давностью заболевания.

По окончании сосудистого этапа операции всем больным была выполнена резекция тонкой кишки различного объема. Послеоперационное ведение предусматривало активную антикоагулянтную терапию гепарином (700–1000 ЕД/час) с требуемым АЧТВ 60–80 сек., однократный системный тромболизис в дозах, стандартных для препарата, последующий перевод на непрямые антикоагулянты с уровнем МНО 2,5–3.

Послеоперационная летальность составила 15,8% (3 больных). Причиной смерти явились несостоятельность межкишечного анастомоза и прогрессирующий перитонит.

Отдаленные результаты прослежены у 6 больных в срок до 5 лет. Все пациенты продолжают принимать непрямые антикоагулянты, явления мальабсорбции выражены умеренно. Клинические проявления портальной гипертензии отсутствуют у 3 больных, выражены умеренно у 1 больного, потребовали вмешательства на ВРВ пищевода у 2 больных.

По данным разных авторов [3, 9, 10], около 25% венозных тромбозов брыжейки обусловлены доказанными первичными тромбофилическими состояниями. Нам удалось дообследовать на предмет тромбофилий 2 больных, у одного выявлена гипергомоцистемия.

Таким образом, острые мезентериальные венозные тромбозы являются редкой относительно артериальных нозологической формой поражения мезентериального сосудистого русла с лучшим прогнозом лечения. Наиболее частой причиной венозных тромбозов брыжейки являются тромбофилические синдромы, которые требуют лабораторной верификации. Информативными в диагностике следует считать сбор анамнеза и лапароскопию. Возможности УЗИ, ДС, КТ и МРТ требуют дальнейшего изучения. Помимо резекционных методик обязательными являются тромбэктомия из портомезентериального бассейна, эффективная антикоагулянтная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баяшю А. А., Бондарчук А. Г., Подымако Н. С., Сологуб И. М., Крукович Е. А. Лапароскопия в диагностике острого нарушения мезентериального кровообращения // Хирургия. – 2000. – № 5. – С. 18–20.
2. Давыдов Ю. А. Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия. – М.: Медицина, 1997. – 148 с.
3. Марстон А. Сосудистые заболевания кишечника. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.
4. Пономарев А. А. Изолированный тромбоз мезентериальных ветвей воротной вены // Хирургия. – 1992. – № 1. – С. 27–29.
5. Савельев В. С., Спиридонов И. В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. – М.: Медицина, 1979 – 232 с.
6. Шугаев А. И., Вовк А. В. Острые нарушения артериального мезентериального кровообращения // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164. № 4. – С. 112–115.
7. Khalid Al-Mekhaizeem, Mohamad Al-Haifi, Maher Kalaoui. Mesenteric venosis ischemia; An unusual cause of abdominal pain // Kuwait medical journal. – 2002. – № 34 (4). – P. 313–315.
8. Kirkpatrick I. D., Kroeker M. A., Greenberg H. M. Biphasic CT with mesenteric CT angiography in the evaluation of acute mesenteric ischemia: initial experience // Chirur. – 2007. – Feb. 119 (2). – P. 225–229.
9. Shaji Kumar M. D., Michael G., Sarr M. D., Patrick S., Kamath M. D. Mesenteric venosis thrombosis // N. engl. j. med. – 2001. – Vol. 345. № 23 December 6.
10. Ugur Ozkan, Levent Oguzkurt, Fahri Tercan, Naim Tokmak. Percutaneous transhepatic thrombolysis in the treatment of acute portal venosis thrombosis // Diagn. interv. radiol. – 2006. – № 12. – P. 105–107.

Поступила 20.02.2013

В. С. АРАКЕЛЯН, В. Г. ПАПИТАШВИЛИ, А. К. ЖАНЕ, И. Н. ЩАНИЦЫН, И. В. СИРАДЗЕ

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

*ФГБУ Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН,
Россия, 121552, г. Москва, Рублевское шоссе, 135*

Высокая летальность и частота осложнений со стороны сердца, спинного мозга и внутренних органов во время операций по поводу аневризм грудного и торакоабдоминального отделов аорты остаются серьезной проблемой для хирургов и анестезиологов. Это объясняется тем, что на тяжелое состояние пациента, обусловленное болезнью, накладываются значительные гемодинамические и физиологические стрессы, возникающие вследствие геморрагических осложнений, ишемии органов и тканей при длительном пережатии аорты, реперфузионном синдроме. В обзоре представлены современные данные об этиологии и патогенезе аневризм аорты, хирургическом подходе и анестезиологическом пособии при операциях по поводу аневризм грудного и торакоабдоминального отделов аорты.

Первую успешную резекцию аневризмы грудной аорты с замещением трансплантатом выполнили в 1953 г. DeVakey и Cooley [1]. В настоящее время благодаря улучшению периоперативного ухода и хирургической техники летальность