

тактические схемы лечения изолированных травматических повреждений селезёнки и печени у детей (рис. 4, 5). Подобная хирургическая тактика позволила снизить уровень спленэктомий при травматических повреждениях селезёнки до 11,9%, избежать летальности и осложнений при изолированных повреждениях паренхиматозных органов у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аюрян В. Г. Хирургическая гепатология детского возраста. – М., 1982. – 383 с.
2. Баиров Г. А., Куц Н. Л. Повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей. – Киев, 1975. – 143 с.

3. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Красовская Т. В. Абдоминальная хирургия у детей. – М., 1988. – 409 с.

4. Степанов И. В., Николаев А. В., Канаков В. С. Органосохраняющая тактика при травмах органов брюшной полости у детей // Сб. научных работ, посвящ. 40-летию детской хирургической службы в Кировской области. – 2010. – С. 93–95.

5. Стрельников Б. Е. Органосохраняющие операции при повреждениях селезёнки // Вестник хирургии. – 1976. – № 11. – С. 80–81.

6. Шапкин Ю. Г. с соавт. Возможности и результаты органосохраняющих операций при травмах селезёнки // Вестник хирургии. – 2000. – № 6. – С. 41–43.

Поступила 24.06.2010

**В. А. ТАРАКАНОВ, В. М. СТАРЧЕНКО, Н. В. МИКАВА,
А. Е. СТРЮКОВСКИЙ, В. М. НАДГЕРИЕВ, А. Н. ЛУНЯКА**

ОТДАЛЕННЫЙ КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ

*Кафедра хирургических болезней детского возраста
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350007, г. Краснодар, ул. Короткая, 1;
детская краевая клиническая больница,
Россия, 350063, г. Краснодар, площадь Победы, 1. E-mail: mikava-nino@mail.ru*

Для оценки эффективности оперативного лечения узлового зоба у детей одним из наиболее эффективных методов является разработка отдаленного катамнеза. Проведен анализ отдаленных результатов оперативного лечения 126 детей с доброкачественными заболеваниями и 45 детей с установленным диагнозом рака щитовидной железы. Сроки наблюдения составили от 5 до 20 лет. Дети оперированы с применением органосохраняющих методик. Полученные при разработке катамнеза отдаленные результаты проводимого нами лечения показали хорошую эффективность органосохраняющих операций с низким процентом послеоперационных осложнений и рецидивов, стопроцентную выживаемость.

Ключевые слова: узловой зоб, хирургическое лечение, дети.

**V. A. TARAKANOV, V. M. STARCHENKO, N. V. MIKAVA,
A. E. STRUKOVSKIY, V. M. NADGERIEV, A. N. LUNYAKA**

REMOTE REZALTS AFTER OPERATIVE TREATMENT OF THYROID GLANDS IN CHILDREN

*Chair of surgical illnesses of children's age of the Kuban state medical university,
Russia, 350007, Krasnodar, street Short, 1;
children's regional clinical hospital,
Russia, 350063, Krasnodar, Pobeda ploshad, 1. E-mail: mikava-nino@mail.ru*

For an estimation of efficiency of operative treatment of a central craw at children one of the most effective methods is working out remote results. The analysis of the remote results of operative treatment of 126 children with good-quality diseases and 45 children with the established diagnosis of a cancer of athyroid gland is carried out. Supervision terms have mace from 5 to 20th years. Children are operated with application safty techniques. Received by working out катамнеза the remote results of treatment spent by us have shown good efficiency organosavety operations with the low interest of postoperative complications and relapses, absolute survival rate.

Key words: a central craw, surgical treatment, children.

Введение

Течение узлового зоба у детей является актуальной проблемой современной медицины. За последние 10 лет количество детей с узловой патологией щитовидной железы (ЩЖ) увеличилось с 19,3% до 25,3% случаев, что обусловлено неблагоприятной экологи-

ческой обстановкой, дефицитом йода в окружающей среде и улучшением ранней диагностики. Одиночный узел в ЩЖ может оказаться как доброкачественным, так и злокачественным образованием. Риск развития рака ЩЖ у больных моложе 20 лет с узловым зобом гораздо выше, чем у больных старшего возраста.

В отличие от рака ЩЖ взрослых, который изучен достаточно глубоко, большинство публикаций по данной патологии у детей носит характер сводных обобщений разных авторов. Кроме того, в эти наблюдения, как правило, включены пациенты в возрасте от 18 до 20 лет. В большинстве случаев – до 80% наблюдений – рак ЩЖ диагностируется у детей на поздней стадии развития опухоли. В то же время его течение у детей менее агрессивно и смертность от него ниже, чем у взрослых, и составляет 0,2–1,2 на 100 тыс. населения. До настоящего времени не существует единого мнения о тактике течения узловых образований в ЩЖ. Никто не возражает, что к оперативному лечению следует прибегать при злокачественном процессе или сдавлении окружающих органов растущим узлом. Установление факта компрессии окружающих органов на современном уровне развития диагностики не представляет проблемы, но определение злокачественности узла представляет большие сложности [6, 7, 8, 10].

Результаты лечения больных с хирургической патологией ЩЖ зависят от особенностей клинической диагностики, предполагающей приоритетное значение визуализирующих и цитологических методов, а также сильное влияние квалификации исследователя. Поэтому при усовершенствовании программ диагностики и лечения эффективен только дифференцированный подход с учетом различий морфологических типов заболевания.

На сегодняшний день конкретно сформулированных показаний к оперативному лечению у детей нет. Два-три десятилетия назад считалось, что любой узел ЩЖ рано или поздно перерождается в рак, поэтому пациентам с узлами всегда рекомендовалось хирургическое лечение. Господствовал принцип максимально активной хирургической тактики: всех больных с узловым зобом направляли на оперативное лечение, мотивируя такую тактику опасностью малигнизации одиночных узлов [5, 6, 11].

В настоящее время доказано, что перерождения доброкачественных образований не существует. Узел с самого начала имеет четко определенный морфологический характер – либо он является доброкачественным, либо представляет собой злокачественную опухоль. Сегодня подавляющее большинство отечественных и зарубежных авторов не сомневаются, что достоверно доброкачественные узлы у детей не приводят к каким-либо опасным последствиям, поэтому и оперировать их чаще всего не нужно [3, 4, 7, 10, 14, 13].

Одним из наиболее дискуссионных вопросов в детской хирургии остается выбор оптимального объема операции при дифференцированном раке ЩЖ. Ряд авторов настаивает на выполнении тиреоидэктомии практически у всех больных раком ЩЖ, поскольку в послеоперационном периоде невозможно выполнить диагностическое исследование и лечение с помощью ^{131}J и исключается возможность выявления рецидива рака путем использования теста с тироглобулином. Напротив, сторонники функционально-сохраняющих операций возражают против удаления всей ЩЖ независимо от размеров злокачественной опухоли и считают, что на ранних стадиях дифференцированного рака ЩЖ возможна резекция этого органа, поскольку дифференцированный рак ЩЖ развивается торпидно. В I и II стадиях удаётся диагностировать значительное число больных (37,4%) и излечить 95–97% пациентов, не используя органосохраняющую операцию, а операция в объеме тиреоидэктомии чревата развитием серьезных осложнений даже в руках опытного хирурга [2, 6, 8, 10].

Для оценки эффективности применяемого метода оперативного лечения у детей одним из наиболее эффективных методов является разработка отдаленного катамнеза у пролеченных больных. В доступной нам литературе работы, посвященные изучению отдаленных результатов лечения узлового зоба у детей, были единичны. В большинстве своем сроки ретроспективного исследования составили от 1 до 5 лет и чаще посвящены катамнезу пролеченных консервативным путем детей. Исследования, посвященные разработке катамнеза после хирургического лечения, единичны [1, 2, 12].

Материалы и методы

С 1988 по 2008 г. в клинике детской хирургии Кубанского государственного медицинского университета находилось на лечении 238 детей с узловым зобом. Прослежен катамнез 126 детей с доброкачественными заболеваниями и 15 детей с установленным диагнозом рака щитовидной железы. Сроки наблюдения составили от 5 до 20 лет. Использовался разработанный нами опросник, позволивший оценить эффективность проведенного лечения. Он включал следующие 10 вопросов:

1. Как длительно и какие именно препараты вы принимали после операции?
 2. Какие препараты принимаете на сегодняшний день?
 3. Как часто вы проходите обследование у эндокринолога/хирурга и какое именно?
 4. Результаты последнего обследования (когда проводилось, были ли отклонения)?
 5. Как вы оцениваете свое самочувствие на сегодняшний день?
 6. Ваш социальный статус на сегодняшний день: учитесь, работаете, замужем, женаты?
 7. Имеете ли вы детей, если да, то как протекали беременность, роды?
 8. У кого из специалистов состоите на учете на сегодняшний день?
 9. Были ли у вас повторные операции (когда, в каком объеме, результаты)?
 10. Какое лечение вы получали после первичной операции (гормональная терапия, радиойодтерапия)?
- Опрос проводился с применением услуг почтовой связи, по телефону и путем непосредственного контакта с больными.

Из 238 детей рак щитовидной железы установлен 49 (20,5%) пациентам. Среди них мальчиков – 8 (16,3%), девочек – 41 (83,7%), возраст колебался от 3 до 17 лет, средний возраст составил – 10,5 года.

С доброкачественными образованиями щитовидной железы пролечено 189 детей. Из них 24 (12,7%) мальчика и 165 (87,3%) девочек. Дети до 10 лет составили 14 (7,4%) человек.

В 98% случаев рака щитовидной железы выполнялись щадящие органосохраняющие операции. Субтотальная резекция железы выполнена 12 (24,5%) пациентам, гемитиреоидэктомия – 23 (46,9%) детям, резекция доли – 13 (26,5%) детям, струмэктомия проведена у 1 (2%) пациента. Поражения лимфоузлов отмечены у 9 детей. Им всем выполнено футлярно-фасциальное удаление лимфоузлов и клетчатки. Во всех случаях гистологически подтвердились метастазы.

Все злокачественные узлы оказались высокодифференцированными эпителиальными опухолями: папил-

лярный рак – у 20 (40,8%), фолликулярный – у 8 (16,3%), папиллярно-фолликулярный – у 21 (42,8%) больного. Поражение лимфоузлов отмечено у 9 (18,4%) детей. Регионарные метастазы в большинстве случаев имели место при папиллярном и фолликулярно-папиллярном раке.

При доброкачественных новообразованиях выполнялись преимущественно органосохраняющие операции: резекций доли ЩЖ – 110 (58,2%), гемитиреоидэктомий – 37 (19,6%), субтотальных резекций – 40 (21,2%), удаления узла перешейка – 2 (1,1%).

По данным патогистологического исследования, зоб, в разной степени пролиферирующий, установлен у 109 (57,7%) детей, фолликулярная и папиллярная аденомы – у 72 (38,1%), зоб Риделя и Хашимото – у 3 (1,6%), коллоидные узлы на фоне ДТЗ – у 5 (2,6%).

Результаты и обсуждение

Среди 126 пролеченных больных с доброкачественными узлами у 6 человек в отдаленном послеоперационном периоде, в сроки от 2 до 5 лет после первичной операции, было выявлено узлообразование в оперированной доле или противоположной доле. Из них повторные операции выполнены 2 детям. Удаленные узлы оказались такими же доброкачественными образованиями. Двум детям проведена склеротерапия узлов с положительным результатом. Остальные дети наблюдались и лечились консервативно у эндокринологов.

Из 45 детей со злокачественным поражением железы на учете у эндокринолога и онколога находится 41 (91%) человек. Остальные 4 человека (9%) самостоятельно перестали проходить обследование в связи с хорошим самочувствием. Плановые обследования наблюдающиеся получают преимущественно 1 раз в год – 32 человека (71%), 2 раза в год – 6 человек (13,3%). По результатам последнего обследования изменения в ткани железы в виде единичных узловых образований различного размера выявлены у 6 (13,3%) человек. Без патологических изменений со стороны щитовидной железы и л/у шеи обследование прошли 39 (86,7%) человек. У 4 (8,8%) больных выявлены метастазы в легкие в сроки от 1,5 до 2 лет после операции. У всех больных, по данным последнего обследования, имеет место стабилизация.

Повторные операции были выполнены 14 (31,1%) из 45 детей. Среди них в условиях нашей клиники прооперировано 3 человека, остальные дети оперированы в условиях других хирургических центров страны. В итоге всем детям щитовидная железа удалена полностью. При этом в связи с прогрессированием опухолевого процесса, появлением опухолевого роста в оперированной доле, противоположной доле и наличием метастазов в регионарные лимфоузлы шеи оперировано 10 детей в сроки от 2 месяцев (1 ребенок) до 12 лет (11 детей). Рецидив раковой опухоли возник при папиллярном раке в 5 случаях (35,7%), фолликулярном и фолликулярно-папиллярном раке – в 6 случаях (42,8%). Другие 4 больных были оперированы без признаков продолженного роста или метастазирования.

Препараты гормонов щитовидной железы в ближайшем послеоперационном периоде получали 39 детей (86,7%), в настоящее время получают 41 человек (91%), что связано с проведением повторных операций, направленных на полное удаление ткани железы. При этом необходимо отметить, что у большинства из них прием препарата нерегулярный, коррекция дозы осуществляется без контроля гормонограммы, чаще всего самостоятельно.

После операции радиойодтерапию получали 10 детей. Из них 4 получают РИТ по настоящее время (дети с метастазами в легких). Летальных исходов не было.

На сегодняшний день учащимися являются 10 человек, работают 24 человека. Имеют семьи 21 человек. Имеют детей (от 1 до 2) 9 человек. Свое самочувствие оценивают как хорошее и отличное 21 человек (51%), удовлетворительное – 20 человек (44,4%), неудовлетворительное – 2 человека (4,4%). Неудовлетворительное и удовлетворительное самочувствие больные связывают с наличием на фоне приема гормональных препаратов той или иной степени выраженности следующих жалоб: проблемы с желудком и печенью – 6 человек, избыточная масса тела – 3 человека, повышенная возбудимость, утомляемость и снижение памяти и внимания – 8 человек, сниженный уровень кальция – 1 человек. Данные состояния, на наш взгляд, связаны с длительным и плохо контролируемым приемом гормонов щитовидной железы.

Из вышеизложенного следует, что при доброкачественных узловых поражениях ЩЖ возможно применение минимального оперативного лечения – резекции доли железы с узлом при одностороннем поражении, при двустороннем поражении – субтотальной резекции железы. Это позволяет сохранить большую часть ткани железы, снижает частоту послеоперационных осложнений, уменьшает необходимость проведения гормонотерапии в послеоперационном периоде. При злокачественных поражениях разработка катмнеза выявила высокий риск рецидива и повторных операций при объеме вмешательства – резекции доли. Наиболее щадящим и не опасным в плане рецидива объемом оперативного вмешательства считаем гемитиреоидэктомию при одностороннем поражении и тиреоидэктомию – при двустороннем процессе. Полученные при разработке катмнеза отдаленные результаты проводимого нами лечения показали хорошую эффективность органосохраняющих операций с низким процентом послеоперационных осложнений и рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бржезовский В. Ж., Любаев В. Л., Кочурина Г. Ю., Субраманян С. Факторы прогноза в определении объема операции при дифференцированном раке щитовидной железы // Современная онкология. – 2006. – Том 8. № 3. – С. 35.
2. Валдина Е. А. Объем оперативного вмешательства при высокодифференцированном раке щитовидной железы // Вопросы онкологии. – М., 2006. – Т. 52. № 1 – С. 119–121.
3. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В. и др. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба // Проблемы эндокринологии. – М., 2005. – Т. 51. № 5. – С. 40–42.
4. Дедов И. И., Трошина Е. А., Юшков П. В. и др. Диагностика и лечение узлового зоба (методические рекомендации). – М., 2001. – 69 с.
5. Зубеев П. С., Потехина Ю. П., Коновалов В. А. Расширение возможностей тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ в диагностике узловых образований щитовидной железы // Клиническая тиреодология. – 2004. – Том 2. № 3. – С. 15.
6. Калинина А. П., Майстренко Н. А., Ветищева П. С. Хирургическая эндокринология: Руководство. – СПб: Питер, 2004.
7. Поляков В. Г., Шшков Р. В., Павловская А. И. и др. Тактика лечения рака щитовидной железы у детей и подростков из регионов России, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате аварии на Чернобыльской АЭС (пособие для

врачей). М.: издательская группа ГУРОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2004. – 24 с.

8. Романчишен А. Ф., Гостимский А. В. Рак щитовидной железы и узловой зоб у детей и подростков. Санкт-Петербург // Материалы 4-го съезда детских онкологов России с международным участием «Настоящее и будущее детской онкологии». – М., 2008. – С. 22.

9. Резолюция межрегиональной конференции с международным участием «Рак щитовидной железы и эндемический зоб». – Екатеринбург, 2007.

10. Шишков Р. В., Поляков В. Г., Павловская А. И. и др. Современные подходы в диагностике и лечении РЩЖ у детей и подростков (по результатам 30-летнего опыта лечения РЩЖ в НИИ ДОГ ГУРОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН) // Материалы 4-го съезда де-

тских онкологов России с международным участием «Настоящее и будущее детской онкологии». – М., 2008. – С. 177.

11. Эпштейн Е. В. Хирургия щитовидной железы: за и против // Эндокринология. – Украина, Киев, 2006. – 14/1.

12. Altavilla C., Pascale M., Nenci I. Fin-needle aspiration cytology of thyroid gland diseases // Acta cytol. – 1990. – Vol. 34 – P. 251.

13. Emerick G. T., Duh Q.-Y., Siperstein A. E. et al. Diagnosis, treatment, and outcome of follicular thyroid carcinoma // Cancer. – 1993. – Vol. 72. – P. 3287–3295.

14. Gharib H. Changing concepts in the diagnosis and management of thyroid nodules // Endocr. metab. clin. north amer. – 1997. – Vol. 26 (4). – P. 777–800.

Поступила 14.09.2010

**Г. И. ТАРУАШВИЛИ, А. В. МОРОЗОВ, В. С. ТИЛИКИН, Д. В. СИМОНЕНКО,
Г. М. МИКАЕЛЯН, А. Г. ГИШЕВ, Н. В. ТЕРСЕНОВ, Е. В. МОШКОВ, И. Г. ТАРУАШВИЛИ**

СОСТОЯНИЕ ПЕЩЕРИСТОЙ ТКАНИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕГО НЕПОЛНОГО ПРОКСИМАЛЬНОГО ИНТРАКАВЕРНОЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 2615203*

После одностороннего неполного проксимального интракавернозного протезирования сохраняется 89–90% функционально активной пещеристой ткани с эффективным кровотоком.

Ключевые слова: пещеристая ткань, фаллопротез, эхоструктура, ультразвуковое исследование.

**G. I. TARUASHVILI, A. V. MOROZOV, V. S. TILIKIN, D. V. SIMONENKO,
G. M. MIKAELIAN, A. G. GISHEV, N. V. TERSENOV, E. V. MOSHKOV, I. G. TARUASHVILI**

**THE CONDITION OF CAVE TISSUE OF PHALLOSIS AFTER UNILATERAL NON-FULL PROXIMAL
INTRACAVERNOUS TROSTHESIS**

*Chair of hospital surgery with urology course of Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str. 4, tel. 8 (861) 2615203*

89–90% functional active cave tissue with effective blood flow is saved after unilateral non-full proximal intracavernous prosthesis.

Key words: cave tissue, phalloprosthesis, echostructure, ultrasonic research.

Введение

Интракавернозное протезирование (ИП) чаще всего выполняется путём полного, то есть тотального, заполнения фаллопротезом (ФП) кавернозных тел (КТ) на всём протяжении от головчатого отдела до ножек по всей их длине [4, 5, 6]. Поскольку во время полной, или тотальной, интракавернозной имплантации ФП повреждаются на всём протяжении оба КТ, то, как считает М. И. Коган (2005), «эрекция у пациента после такой операции может обеспечиваться только с помощью ФП». Более уместно считать достигнутое состояние не эрекцией, а искусственной плотностью полового члена (ПЧ) в связи с практически полным повреждением пещеристой ткани. Утолщение полового члена, возникающее у части пациентов при половом акте после такого

тотального интракавернозного протезирования, носит название комплиментарной эрекции. Для уменьшения объёма повреждения пещеристой ткани и сохранения жизнеспособных участков нами был предложен метод одностороннего неполного проксимального интракавернозного протезирования (ОНПИП) [2]. В научной литературе отсутствуют сведения об объёме и состоянии сохранившейся пещеристой ткани после такого метода интракавернозного протезирования (ИП), что и определило наш интерес к данной проблеме.

Материалы и методы

У 16 пациентов с болезнью Пейрони с сохранившейся эрекцией в сроки от 2 месяцев до 5 лет после операции с помощью ультразвукового исследования