

5. Пинский С. В., Калинин А. П., Белобородов В. А. Диагностика заболеваний щитовидной железы / Под ред. А. П. Калинина. М.: Медицина, 2005. 192 с.

6. Привалов В. А., Кулаев И. А., Сергийко С. В. и др. Клинико-анатомические особенности рака щитовидной железы. 35-летний опыт хирургического лечения. Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XV Российского симпозиума по эндокринологии. Рязань, 2005. С. 274–280.

7. Румянцева П. О. Европейский консенсус по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы из фолликулярного эпителия // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2006. № 3. С. 10–26.

8. Шулуток А. М., Семиков В. И., Миронова М. В. и др. Возможности УЗИ и ТАПБ в верификации морфологической структуры узловых образований щитовидной железы. Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XII (XIV) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Ярославль, 2004. С. 283–286.

**A. K. JANE, L. N. KLYKOVA,
T. I. JANE, KH. P. NAPSO, A. G. PICHUGIN**

SURGERY TACTICS AT THYROID GLAND CANCER

The article presents up to date methods of diagnostic (radiological, cytological and histological) and surgical treatment of Thyroid cancer in correlation with gender and age of patients, size and structure of tumors. Theme remarks role of radioiodine and hormonesuppressive therapy.

From 2001 to 2007 842 patients were operated on with Thyroid cancer: 548 – extrafascial thyroidectomy; 242 – extrafascial lobectomy; 28 – a subtotal thyroidectomy; 24 – lobectomy and thyroidectomy combined with modified radical neck dissection. Postoperatively 0,48% recurrent nerve injuries and 4,2% cases of hypoparathyroidism were observed

Forthputting current methods of diagnostic and treatment enabling to achieve success in management of patients with thyroid cancer.

A. K. ЖАНЕ, Х. Р. НАПСО

ВОЗМОЖНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЭКСТРААНАТОМИЧЕСКИМИ ШУНТИРУЮЩИМИ ОПЕРАЦИЯМИ

Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена — Клиника XXI века

Реконструктивные операции на брюшной аорте и магистральных артериях таза и нижних конечностей в настоящее время являются общепризнанными. Однако высокий процент возникающих при этом специфических осложнений и летальности, особенно у пожилых больных, с полиорганной недостаточностью, способствовал поиску малотравматичных оперативных вмешательств (Бураковский В. И., Бокерия Л. А., 1989).

Экстраанатомические операции при меньшей травматичности и более легком течении послеоперационного периода являются методом выбора у данной категории больных (Сухарев И. И., 1990, Белов Ю. В., 2000). Наряду с этим данные операции при инфицировании сосудистого протеза после реконструктивных операций позволяют сохранить конечность и жизнь пациента (Затевахин И. И., Комраков В. Е., 1998).

В данной работе нами представлены результаты 38 экстраанатомических шунтирующих операций у 37 больных за последние 5 лет. Все больные мужского пола в возрасте от 21 до 80 лет. Давность заболевания составляла от 6 до 12 лет. У 29 больных наблюдалась критическая ишемия нижних конечностей (III–IV стадия по А. В. Покровскому), у 5 – острый тромбоз аортоподвздошного сегмента с декомпенсированной ишемией нижних конечностей, и у 3 – разрыв аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты. Тяжесть состояния

пациентов усугублялась сопутствующими заболеваниями. Рак мочевого пузыря наблюдался у 1, сахарный диабет – у 5, ишемическая болезнь сердца – у 16, ишемическая болезнь мозга – у 6, хронические неспецифические заболевания легких – у 9 и хронический гепатит – у 1 больного. Для установления характера и протяженности окклюзионно-стенотического процесса, степени ишемии нижних конечностей применялись ультразвуковые доплерометрия и ангиосканирование, рентгеноконтрастная ангиография. При выборе метода экстраанатомических шунтирующих операций учитывались локализация и протяженность патологического процесса, состояние путей притока и оттока, а также коллатерального кровообращения.

Одностороннее подключично-бедренное шунтирование выполнялось в 17 случаях у 16 больных. Подключично-двубедренное шунтирование предпринималось у 4 больных – по поводу острого тромбоза аортоподвздошного сегмента (1 наблюдение) и в связи с разрывом аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты (3 наблюдения).

Реваскуляризация ишемизированной нижней конечности у 12 больных осуществлялась перекрестным бедренно-бедренным шунтированием. Помимо этого при односторонней окклюзии аортоподвздошного и бедренно-подколенного сегментов

ввиду невозможности магистральной кровотока по глубокой артерии бедра у 1 больного было произведено перекрестное бедренно-подколенное шунтирование.

У 2 больных перекрестное подвздошно-бедренное шунтирование осуществлено из ветви бифуркационного протеза с расположением трансплантата в предпузырной клетчатке.

Аррозивное кровотечение из области дистального анастомоза после бифуркационного аортобедренного шунтирования послужило предпосылкой для 2 повторных операций: подвздошно-бедренное шунтирование с атипичным проведением трансплантата через запирающее отверстие и мышечную лакуну.

Важным аспектом оперативного вмешательства при перекрестном бедренно-бедренном шунтировании явились превентивные меры развития синдрома «обкрадывания» донорской нижней конечности (Затевахин И. И. и соавт., 1993). Для этого в 3 случаях потребовалась интраоперационная дилатация подвздошных артерий и в 5 – различные виды пластики глубокой артерии бедра на ипсилатеральной стороне.

Наряду с этим улучшение путей оттока имеет прогностическое значение для функционирования экстраанатомических шунтов. Последнее достигалось выполнением различных видов профундопластики на реципиентных конечностях в 17 случаях (при подключично-бедренном шунтировании – в 9 наблюдениях и поперечном бедренно-бедренном шунтировании – в 8).

В послеоперационном периоде у 11 (29,7%) больных наблюдались 14 осложнений (пимфорей – в 5 случаях, гематома – в 2, краевой некроз – в 3, тромбоз шунта – в 4).

Ампутация конечности выполнена 7 больным (18,9%). В послеоперационном периоде умерло 2 (5,4%) больных.

Таким образом, экстраанатомические шунтирующие операции в 81,1% наблюдений обеспечивают

компенсацию регионарного кровообращения, являясь альтернативой ампутации конечности.

Поступила 4.07.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: Де Ново, 2000. 488 с.
2. Бураковский В. И., Бокерия Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия: Руководство. М.: Медицина, 1989. 752 с.
3. Затевахин И. И., Говорунов Г. В., Сухарев И. И. Реконструктивная хирургия поздних реокклюзий аорты и периферических артерий. М., 1993. 157 с.
4. Затевахин И. И., Комраков В. Е. Инфекция в сосудистой хирургии. М., 1998. 208 с.
5. Сухарев И. И. Хирургия атеросклероза брюшной части аорты и периферических артерий у больных с сахарным диабетом. Киев, 1990. 295 с.

A. K. JANE, H. R. NAPSO

POSSIBILITY OF LOW EXTREMITIES REVASCULARIZATION BY EXTRAANATOMICAL BYPASSING SURGERY

Results of 38 atypical shunting operation in 37 patients are presented in the article. There were severe ischemias of inferior limbs in 29 patients, acute aortiliac segments thrombosis in 5 patients, aneurysm of the abdominal aorta in 3 patients. Accompanying diseases increased the state of patients; and they were the reason for such operation.

Profundoplastic operations were fulfilled in order to improve the way of outflow.

Extraanatomyc shunting operations compensated arterial blood flow of inferior limbs in 81,1% cases and were alternative to amputation.

A. K. ЖАНЕ, А. Г. ПИЧУГИН, Д. А. ЖАНЕ

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена – Клиника XXI века

Варикозная болезнь нижних конечностей является одной из самых распространенных сосудистых патологий.

В значительной мере нарушения оттока венозной крови из ног связаны с фактором гравитации и являются результатом прямохождения человека (Яблоков Е. Г. и соавт., 1999). При этом у женщин они встречаются примерно в два раза чаще, чем у мужчин. Принципиальное значение в реализации венозного возврата имеет мышечно-венозная помпа голени, которая в сочетании с функционированием клапанного аппарата вен направляет кровь от периферии к центру.

В литературе заболевание описывается под различными названиями. Наибольшее распространение в клинической практике получил термин, рекомендованный профессором В. С. Савельевым (1972) – варикозная болезнь нижних конечностей.

Предложено множество различных классификаций варикозной болезни нижних конечностей. Накопленный нами многолетний опыт лечения больных с этой патологией свидетельствует в пользу классификации профессора Г. Г. Сычева (1971). Согласно этой классификации выделяются поверхностная, глубокая и смешанная формы варикозной болезни нижних