

у 9 (15%±4,61) пациентов, в основной – у 13 (21,7%±5,32); глазодвигательные расстройства в контрольной группе регрессировали у 4 (6,7%±3,23), в основной группе у 6 (10%±3,87); нарушение равновесия лучше регрессировало в основной группе – у 6 (10%±3,87) пациентов, в контрольной – у 4 (6,7%±3,23); вегетативные расстройства регрессировали в контрольной группе у 11 (18,3%±4,99) пациентов, в основной группе у значительно большего количества пациентов – 13 (21,7%±5,32); псевдобульбарный синдром регрессировал у 1(4%±3,91) пациента и в контрольной группе, и в основной группе; слух улучшился у 1(4%±3,91) пациента, как в контрольной группе, так и у 1(4%±3,91) пациента – в основной; сон восстановился в основной группе у 60% (18) пациентов, в противоположность к контрольной группе, где сон улучшился лишь у 36,7%(11) пациентов; эмоционально-волевые нарушения в виде быстрой смены настроения, снижения работоспособности, утомляемости, плаксивости, требовавшие коррекции седативными препаратами, регрессировали лучше в основной группе у 21 (70%) пациентов, в группе контроля лишь у 11(36,7%) пациентов.

Выводы: Полученные результаты указывают на положительную динамику неврологических симптомов у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического генеза, принимавших в комплексной терапии препарат Винпосан: в основной группе отмечался значительный регресс неврологических симптомов и синдромов по сравнению с результатами клинико-неврологического обследования, проведенного в контрольной группе. Применение препарата Винпосан по 4,0 мл на 100 мл раствора натрия хлорида внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 10 дней и по 5 мг 3 раза в день перорально в течение 1 месяца практическими врачами-неврологами у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией атеросклеротического генеза позволит значительно улучшить клиническое состояние, что в свою очередь повысит качество жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Журн. неврол. и психиатр. - 2001. - вып.1. - С. 34 - 40.
2. Гусев Е.И., Мартынов Ю.М., Ясманова А.Н. и др. Этиологические факторы и факторы риска хронической

сосудисто-мозговой недостаточности и ишемического инсульта // Журн. невропатол. и психиатр. -2001-Вып. 1.-С.41-45.

3. Яхно Н.Н. Неврология деменции: материалы VII Всероссийского съезда неврологов.-1995.- С.331.

4. Горбачева Ф.Е., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга // В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей: в 2т. Т.1.; под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана, П. В. Мельничука.- М.: Медицина, 1995.

5. Манвелов Л.С., Кадыков А.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, патоморфология, клиника //Леч. врач — Сентябрь,2000.-№7.-С. 4-7.

6. Кайшибаев С.К. Ранний церебральный атеросклероз.- Алматы: Издательство «Гылым» 1998.-200 с.

7. Дамулин И.В., Захаров В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: методические рекомендации под ред. Н.Н. Яхно. - М.: ММА, 2000.- 31с.

ТҮЙІН

Дисциркуляторлы энцефалопатиялык атеросклероз генезі бар емдеушілерде Винпосан препаратын кешенді терапияда қолданған кезінде алынған нәтижелері неврологиялық симптоматиканың оң серпінділігін көрсетті: негізгі топта бақылау топта өткізілген клиника-неврологиялық тексерудің нәтижелермен салыстырғанда неврологиялық симптомдардың және синдромдардың түбегейлі регрессін атап өтті. Дисциркуляторлы энцефалопатиялык атеросклероз генезі бар емделушілерге Винпосан препаратын қолдануы тәжірибелі дәрігер-неврологтармен неврологиялық симптоматиканың едәуір жақсартуына мүмкіндік береді, бұл өз кезегінде емделушінің өмір сапасын жақсартады.

SUMMARY

The results indicated a positive trend of neurologic symptoms in patients with atherosclerotic dyscirculatory encephalopathy who took the drug in the treatment of Vinposan: In the study group there was a significant regression of neurological symptoms and syndromes in comparison with the results of clinical and neurological examinations performed in the control group. Use of the drug Vinposan by practical neurologists for patients with atherosclerotic dyscirculatory encephalopathy will significantly improve the neurological symptoms, which in turn will improve the quality of life.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАГРУДИННОГО ЗОБА

Кыжыров Ж.Н., Капанова Г.Ж.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

Введение. Основным методом лечения загрудинного зоба (ЗЗ) является хирургический (2, 3). Опасность дыхательных расстройств вследствие сдавления и смещения трахеи, угроза асфиксии делают оперативное вмешательство жизненно необходимым (1, 4).

Как правило, ЗЗ обычно может быть удален из широкого разреза на шее по Кохеру. Внутрикапсулярное удаление ЗЗ проводится легко и безопасно. После прошивания и подтягивания за нижний полюс узлы могут быть выведены в рану и удалены (1, 2, 5). При этом необходимо быть осторожным, чтобы не поранить и не разорвать при усиленном удалении зоба кровеносный сосуд, что может привести к гематоме средостения.

Материал и методы . На стационарном лечении находились 72 пациентов с ЗЗ, клиническая картина которого протекала под маской бронхообструктивного синдрома. Частота ЗЗ составила 10,3% от общего числа пациентов, оперированных по поводу различных форм доброкачественных заболеваний ЩЖ. Мужчин было 7 (9,7%), женщин - 65 (90,3%), возраст – от 12 до 76 лет. Среди наблюдаемых пациентов 70,8% составили женщины репродуктивного и трудоспособного возраста. Из 72 пациентов с ЗЗ у 5 (6,9%) были проявления тиреотоксикоза, у 67 (93,1%) – эутиреоидное состояние. Все пациенты в течение длительного времени (от 2 до 10 лет) обследовались

и лечились по поводу диагнозов у разных специалистов: кардиолога, терапевта, пульмонолога, невропатолога.

Одним из наиболее трудных и спорных моментов в хирургическом лечении ЩЖ является выбор оперативного доступа и выделения его, который определяется глубиной расположения зоба (1, 6).

Все 72 пациента были оперированы через шейный разрез. Операции у 23 (31,9%) пациентов были произведены под общим обезболиванием, у 49 (68,1%) пациентов – под местной анестезией. Операцию начинали с укладки пациента по разработанному способу. Хирургический доступ также осуществляли по разработанному способу хирургического доступа при операциях на ЩЖ.

Доброкачественные заболевания ЩЖ выявлены у 66 (91,7%), рак ЩЖ – у 6 (8,3%) пациентов. Загрудинный узловой и многоузловой эутиреоидный коллоидный зоб выявлен у 50 (55,5%) пациентов, загрудинный узловой токсический зоб – у 7 (9,7%), аутоиммунный тиреоидит выявлен у 9 (12,5%) пациентов.

Загрудинные доброкачественные опухоли (аденомы) железы в различных морфологических вариантах диагностированы у 13 (18,1%), из них тиреотоксическая аденома – у 7 пациентов. У 3 пациентов выявлена трабекулярная аденома, микрофолликулярная аденома – у 2, аденома с папиллярной гиперплазией – у 1, кисты ЩЖ – у 3 (4,2%) пациентов. С загрудинным абсцессом ЩЖ был 1 (1,4%) пациент. Рецидивный загрудинный узловой, многоузловой коллоидный зоб выявлен у 6 (9,3%) пациентов, у 1 пациента была тиреотоксическая аденома ЩЖ. 33 чаще по данным литературы располагается справа, но у нас в большинстве случаев они были слева.

Среди злокачественных заболеваний папиллярный рак обнаружен – у 5 (6,9%), фолликулярный рак – у 1 (1,4%) пациента, всем произведены тиреоидэктомия.

При загрудинном узловом и многоузловом зобе произведена субтотальная резекция одной доли с экстирпацией перешейка у 34 пациентов, субтотальная резекция обеих долей с экстирпацией перешейка у 12 пациентов. При загрудинных формах заболеваний ЩЖ резекции доли не производили и во всех случаях не оставляли перешеек железы. Сюда же были включены 6 пациентов с аденомой, 3 пациентов с кистой ЩЖ, 1 пациент с загрудинным абсцессом и 6 пациентов с загрудинным рецидивным зобом.

Пяти пациентам с загрудинным узловым токсическим зобом была выполнена субтотальная резекция одной доли, 2 – субтотальная резекция обеих долей с экстирпацией перешейка. Во всех случаях с клиникой тиреотоксикоза проводили срочное гистологическое исследование препарата во время операции для оценки состояния функциональной активности паренхимы ЩЖ. Учитывали степень выраженности лимфоидной инфильтрации и состояние экстрафолликулярного эпителия ЩЖ. При этом оценка объема оставляемой ткани ЩЖ у каждого пациента была строго индивидуальной. У 5 пациентов установлена легкая, у 2 пациентов средняя степень функциональной активности железы. После выделения загрудинной части ЩЖ дальнейший ход операции продолжали по разработанному способу резекции ЩЖ. При субтотальной резекции одной доли объем оставляемой ткани ЩЖ определяли в размере дистальной фаланги мизинца на уровне основания ногтевой пластинки, при удалении обеих долей на уровне межфалангового сустава.

Субтотальная резекция одной доли с экстирпацией перешейка произведена у 5 пациентов, обеих долей

– у 2 пациентов, тиреоидэктомия – у 2 пациентов с аутоиммунным тиреоидитом. По степени увеличения размеры зобов у пациентов были II-III степени. После выделения и выведения загрудинно расположенных узлов операция продолжали по разработанной методике.

После субтотальной резекции обеих долей ЩЖ с экстирпацией перешейка 4 пациентам для профилактики гипотиреоза назначали гормональную терапию (тироксин или тиреоидин 1 раз в день утром). Пациенты после субтотальной резекцией одной доли с экстирпацией перешейка не нуждались в заместительной терапии гормонами ЩЖ.

Диагноз устанавливался во время операции, когда внешний вид доли ЩЖ с узлом вызывал подозрение о его морфологической структуре. Проводили срочное гистологическое исследование на степень выраженности аутоиммунного компонента (лимфоциты, лимфоидная инфильтрация ткани на фоне клеток фолликулярного эпителия). Во всех случаях данные срочного гистологического исследования совпали с результатами послеоперационного гистологического исследования.

У 1 пациента с очаговым поражением ЩЖ при срочном гистологическом исследовании была обнаружена картина аутоиммунного тиреоидита. При гистологическом исследовании удаленного препарата получены клетки высокодифференцированного папиллярного рака. Плановое послеоперационное гистологическое исследование подтвердило сочетание аутоиммунного тиреоидита с раком ЩЖ (папиллярная форма).

У пациентов с диагностированным интраоперационно раком ЩЖ объем операции был расширен. 4 пациентам с наличием узлов в одной доле выполнена гемиструмэктомия доли с экстирпацией перешейка, 2 пациентам с наличием узлов в обеих долях произведена тиреоидэктомия. После операции эти пациенты пожизненно получают заместительную гормональную терапию.

Основным этапом операции при загрудинном зобе лучше начинать с пересечения перешейка ЩЖ. Это особенно важно, так как обеспечивает широкое освобождение передней поверхности трахеи и позволяет освободить долю ЩЖ после пережатия, пересечения и перевязки сосудов верхнего и нижнего полюсов доли железы. Нами разработан способ выделения и резекции ЩЖ при ЩЖ (инновационный патент № 21530 на изобретение РК, от 14.08.2009, бюллетень № 8).

Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты изучены у 56 (77,7%) пациентов в сроки от года до 6 лет. Из них 37 (66,1%) пациентов были оперированы с загрудинным узловым и многоузловым зобом, 5 (8,9%) пациентов – после операции по поводу узлового токсического зоба, с аденомой ЩЖ – 3 (5,4%) пациентов, 7 (12,5%) пациентов – с аутоиммунным тиреоидитом, 4 (7,1%) пациентов с раком ЩЖ.

В состоянии эутиреоза находились 53 (94,6%) обследованных пациентов, в состоянии гипотиреоза – 3 (5,4%) пациентов. В отдаленном периоде после операции клинический гипотиреоз выявлен у 2 (3,6%) пациентов, оперированных по поводу рака ЩЖ (послетиреоидэктомии). Эти пациенты пожизненно находятся на заместительной терапии тиреоидными гормонами, сохраняют социальную активность и трудовую деятельность.

Субклинический гипотиреоз выявлен у 1 (1,8%) пациента после субтотальной резекции обеих долей ЩЖ, оперированного по поводу аутоиммунного тиреоидита (зоба Хашимото). В данном случае наличие гипотиреоза объяснимо стремлением оставить минимально возможное

количество ткани железы, опасаясь повторного рецидива заболевания.

Заключение

Опыт лечение 72 больных 33 показал, что разработанный нами способ выделения и резекции ЦЖ, позволяет планировать оптимальную лечебную тактику, прогнозировать объем вмешательства и снизить травматичность оперативного вмешательства с минимальным числом послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валдина Е.А. «Заболевания щитовидной железы». Санкт-Петербург. 2006г. 368с.
2. Головина О.В. Дыхательная недостаточность у лиц с патологией щитовидной железы в зависимости от ее расположения и степени увеличения. В кн.: Актуальные вопросы клинической медицины. Чебоксары, – 1998. – С. 23–24.
3. Зогравски С. Эндокринная хирургия. София. 1977г. 258с.
4. Ингбер С.Г. Болезни щитовидной железы // Внутренние болезни / Ред. Е. Браунвальд и др. - Москва., 1997. - кн. 9. - С. 94 - 134.
5. Меринова Г.Д., Провоторов В.М., Грекова Т.К. К вопросу о взаимосвязи заболеваний щитовидной железы и бронхолегочной патологии // Докл. VI Нац. конгр. по бол. орг. дых. - М., 1996. - N 2152.

6. Bennett A.M.D., Hashmi S.M., Premachandra D.J., Wright M.M. The myth of tracheomalacia and difficult intubation in cases of retrosternal goitre // J. Laryngol. and Otol.– 2004.– 118, № 10.– С. 778–780.

ТҮЙІН

Калқанша бездің төменгі полюсының бөлінуімен төс артындағы жемсауының алып тастауы өңделген тәсілді пайдалану және төс артындағы бездің бір бөлігі емделуші үшін минималды зақымдылықпен бездің алып тастауын жасауға рұқсат беретін тиімді жол және қан ағуын тоқтатады, хирургиялық емделуден кейінгі емделушілердің 94,6% эутиреодты күйін сақтайды.

SUMMARY

The developed way of removal behind sternum a craw has allowed to reduce considerably risk of development of complications and to improve the nearest and remote results of operative intervention and to keep euthyreoid a condition at 94,6 % of patients in the remote period of surgical treatment.

Ключевые слова: загрудинный зоб, комплексное лечение, методика выделения зоба, прогнозирование объема вмешательства, снижение травматичности.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

УДК 616.366(075)-006.5

Р.А. Оморов, К.Ж. Мундуков

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, Городская клиническая больница № 1, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Введение. Полипы желчного пузыря - распространенная патология и к числу ее заболеваний она составляет 3-6% [1,2], к числу же всех операций на желчном пузыре – до 10% [4,6], что указывает на то обстоятельство, что полипы не являются редкостью. В последние годы многие исследователи отмечают рост заболеваемости, что, возможно, обусловлено не только увеличением числа больных, но и совершенствованием методов диагностики [3,5,7]. Несмотря на то, что литературные сведения о полипах желчного пузыря достаточно обширны, многие вопросы остаются нерешенными. Это, в первую очередь, вопросы дифференциальной диагностики и показаний к оперативному лечению. Идут поиски более современных методов диагностики и обоснования оперативного лечения.

Цель исследования – представить результаты диагностики и лечения больных с полипами желчного пузыря.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находилось 112 больных с полипами желчного пузыря, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Бишкек в период с 2006 по 2011 год включительно. Женщин было 81 (72,3%), мужчин – 31 (27,7%), возраст их колебался от 16 до 72 лет, но большинство поступивших были в возрасте от 30 до 50 лет. Анализ оперированных больных по поводу заболеваний желчного пузыря (в основном ЖКБ) показал, что число оперированных увеличивалось незначительно, а удельный вес больных с полипами возрастал ежегодно. Так, если в 2008 году больные с полипами желчного

пузыря составляли 0,57%, то в 2011 году – уже 2,44%. При обследовании больных, помимо общеклинических методов, использовали УЗИ, при котором обращали особое внимание на локализацию, размеры полипов, их основание, бактериологическое исследование желчи, гистологическое исследование удаленных полипов и желчного пузыря и определение функционального состояния печени и почек.

Результаты и их обсуждение.

В результате выполненных исследований было установлено, что более частой локализацией было тело желчного пузыря (59,8%), почти в равном числе наблюдений полипы располагались в области дна и шейки пузыря (соответственно, 19,6% и 18,8%) и у двух – в области пузырного протока. Малый размер полипа (до 3-х мм) выявлен лишь у одного больного (0,9%), наиболее часто имели место полипы размером от 5 до 10 мм (53,6%). Одиночные полипы были обнаружены у 46 (46,9%), по два полипа - у 13 (13,3%), и более двух – у 39 (39,8%).

Мы провели анализ семиотики и при этом обнаружили, что специфических симптомов, характерных для данного заболевания, не выявлено. Как правило, имели место симптомы, которые выявляются чаще всего при хроническом холецистите. Ведущим признаком была боль в правом подреберьи, чаще тупая и только в единичных наблюдениях, при локализации же полипов в области шейки пузыря и протока боль носила приступообразный характер.

При сопоставлении показателей, полученных при УЗИ, и клинических проявлений (болевого синдром) отмечена связь лишь в зависимости от локализации полипов.