

улучшают микроциркуляцию в геморроидальных узлах, реологические свойства крови.

Применение современных способов оперативного лечения геморроя, позволяет купирование болевого синдрома у пациентов, сокращение койко-дней пребывания в стационаре до одной недели.

Дифференцированный подход к выбору способа лечения геморроя в зависимости от стадии и индивидуальных особенностей течения заболевания, позволяет получение достаточно хороших результатов лечения у 98% больных страдающих этим заболеванием, а также улучшение их качества жизни. Возникшие после геморроидэктомии общепринятыми способами осложнения и рецидивы заболевания являются результатом технических погрешностей выполнения основных этапов операции. Профилактика рецидива заболевания в отдаленные сроки свидетельствует, что геморроидэктомия

Геморрой проктологиялық ауратын патогенетикалық емдеу бағдарламасы

Геморрой шапшаң емдеуі замандас тәсілдерінің қолдануы, бір аптаға дейін күндізгі бөлімде мекендеу аурулық синдромын жою, керует - күндердің қысқартуы рұқсат етіледі. Сатының тәуелділікте геморрой емдеуі тәсілі таңдау дифференциаланған жақын келу және дара ерекшеліктердің ауру ағымдары, емдеу жеткілікті жақсы нәтижелерінің алуы рұқсат етеді мына аурумен 98% ауру азап шегушілердің, сонымен қатар олардың өмір сапаларының жақсаруы. Көрінгендер геморроидэктомиядан кейін шиеленісу танымал тәсілдерімен және ауру қайталанулары операция негізгі кезеңдерінің орындалу техникалық қателіктерінің нәтижесімен келеді. Алыс мезгілдерге ауру қайталану сақтандыруы куәландырады, не радикал геморроидэктомиямен Миллиган - Морганмен келеді және патогенетикалық негізді операциямен.

Pathogenetic management of hemorrhoids at proctologic patients

Application of modern ways of operative treatment of hemorrhoids, allows knocking over of a painful syndrome at patients, reduction days of staying in a hospital about one week. The differentiated approach to choice of way of treatment of hemorrhoids depending on stage and specific features of current of disease, allows reception enough good results of treatment at 98 % sick suffering this disease, and also improvement their quality of life. Arisen after hemorrhoidectomy in the standard ways complications and relapses of disease grow out of technical errors of performance of the basic stages of operation. Preventive maintenance of relapse of disease in the remote terms testifies, that hemorrhoidectomy by Milligan-Morgan is radical and pathogenetically proved operation.

УДК 616.329-089

ОЦЕНКА АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ФУНКЦИИ ЭЗОФАГОКРУОФУНДОПЛИКАЦИИ, КАК КОМПОНЕНТА ОПЕРАЦИИ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА, ПО ДАННЫМ СУТОЧНОЙ pH-МЕТРИИ

О.Б. Оспанов¹, Н.Р. Рахметов², Т.А. Булегенов², Г.А. Елеуов¹, И.С. Волчкова¹, А.А. Сукашев¹

**Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана¹,
Государственный медицинский университет, г. Семей²**

Одним из существенных недостатков эзофагокардиомиотомии по E. Heller, стандартно выполняемой по поводу ахалазии кардии, является частое возникновение недостаточности кардии с последующим развитием рефлюкс-эзофагита, которые многие авторы считают наиболее частым и тяжелым осложнением кардиомиотомии и находят его у 14 - 37% оперированных больных, несмотря на выполненную фундопликацию [1, 2]. Длительно протекающий рефлюкс-эзофагит сам вызывает дисфагию в результате воспалительного процесса и последующее развитие пептической структуры пищевода [3].

Учитывая, что проблема хирургического лечения ахалазии заключается в несовершенстве хирургических методов коррекции нарушения проходимости пищевода в области ахалазии и отсутствии надежной профилактики послеоперационного рефлюкс-эзофагита нами разработан метод лапароскопической внеслизистой эзофагокардиомиотомии с расширяющей эзофагокруплексией, оментопластикой и фундопликацией с миотомическим компонентом, позволяющий снизить вероятность развития не только реахалазии, но и послеопера-

по Миллигану-Моргану является радикальной и патогенетически обоснованной операцией.

Литература:

1. Аминев А.М. Геморрой, К., - 1979 - 300с.
2. Рывкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. - М., 1984. - 176 с.
3. Федоров В.Д. и соавт. Геморроидэктомия, №8, 1979. - С.66-72
4. Мельман Е.П. соавт., Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя, М., 1986, - 176 с.
5. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л., Клиническая оперативная колопроктология – М., Медицина, 1994. - 250с.
6. Воробьев Г.И., Основы колопроктологии., Фенкис, Р. на Д, 2001. - 330с.

ционного рефлюкс-эзофагита (положительное решение Роспатента по экспертизе заявки № 2010105459 от 25.02.2010г).

Суточная (24-часовая) pH-метрия, является «золотым стандартом» диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса и поэтому позволяет объективно и точно выявить данный рефлюкс до и после кардиомиотомии [4, 5].

Целью работы была оценка антирефлюксной функции разработанного антирефлюксного компонента вышеуказанной авторской операции по поводу ахалазии при сравнении со стандартной фундопликацией по Дору с применением суточной pH-метрии.

Материал и методы

Клинический материал набирался в хирургических отделениях ННМЦ МЗ РК и областной больницы г. Семей. Суточная pH-метрии проводилась в РГП «ННМЦ». Из 53 больных с ахалазией кардии 24 прооперировано традиционно из лапаротомного доступа в период с 1995 по 2010 годы, а 29 пациента - с использованием видеолапароскопической технологии за период с 2003 по 2010 годы.

Сравнительному анализу подлежали больные, которым была выполнена эзофагокардиомиотомия только по поводу ахалазии 2-3 стадии. Все больные по используемому методу эзофагокардиомиотомии были разделены на две группы: первая - основная (лапароскопическая) группа, где использован лапароскопический доступ, вторая - контрольная (открытая) группа, в которой применялась открытая (лапаротомная) эзофагокардиомиотомия. 24-часовая рН-метрия проведена 10 пациентами в основной и 8 пациентами в контрольной группе до и после операции.

Суточная рН-метрия проводилась в средней, нижней части пищевода и кардиальном отделе желудка с использованием российского аппарата АГМ 24 ПМ «Гастроскан-24» («Исток-система», г. Фрязино, Россия). Полученные данные подвергали компьютерному анализу при помощи прикладной программы производителя оборудования. Выполняли амбулаторно 24-часовую рН-метрию в диапазоне 4,0 - 7,0 на разных уровнях пищевода и желудка с регистрацией результата в блоке памяти и визуализации на бумаге. В норме рН пищевода колебалась от 6,0 до 7,0. Снижение рН меньше 4,0 считали подтверждением существования кислотного рефлюкса.

Оценивали: общее время сниженной кислотности с рН<4 (наиболее значимый критерий) в положении стоя и лёжа; общее число рефлюксов за сутки; число рефлюксов продолжительностью более 5 мин; длительность наиболее продолжительного рефлюкса.

По данным суточной рН-метрии определяли показатель DeMeester (обобщенный показатель DeMeester, индекс DeMeester). Многие исследователи применяют

его для оценки результатов суточной рН-метрии, т.к. он учитывает экспозицию кислоты в пищеводе в течение всего времени исследования, а также при вертикальном и горизонтальном положении тела. Предложенная оценочная шкала позволяет количественно определить степень отклонения показателей рН у данного пациента от показателей здоровых людей, то есть на основе объективных данных дифференцировать физиологический и патологический рефлюкс. При этом учитывали основные характеристики интенсивности рефлюкса и пищеводаго клиренса за 24 часа (число эпизодов и их продолжительность, связь со временем суток).

Величина показателя DeMeester прямо коррелирует со степенью реактивных изменений слизистой пищевода. Числовую величину высчитывали по каждому из шести параметров по следующей формуле:

$$\frac{\text{Данные пациента} - \text{Среднее значение}}{\text{Стандартное отклонение}} + 1$$

где средние значения и стандартные отклонения по каждому параметру берутся из таблицы (J.R. Jamieson, H.J. Stein, T.R. DeMeester, 1992). Сумма вычисленных величин называется показателем DeMeester. Нормальным считается показатель DeMeester меньше 14,72. Расчет показателя выполняли на компьютере. При величине показателя более 14,72 делалось заключение о наличии гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР).

При оценке результатов суточной рН-метрии использовали общеизвестную градацию степени тяжести ГЭР (таблица 1)

Таблица 1 - Степень тяжести рефлюкса по показателям 24 часовой рН-метрии

Показатель	Норма	ГЭР легкого течения	ГЭР средней степени тяжести	Выраженный ГЭР
Время с рН < 4, общее, %	4,5	От 4,5 до 6,0	От 4,5 до 7,5	Выше 7,5
Время с рН < 4, стоя, %	8,4	От 8,4 до 9,3	От 9,3 до 10,2	Выше 10,2
Время с рН < 4, лежа, %	3,5	От 3,5 до 4,0	От 4,0 до 4,5	Выше 4,5
Число рефлюксов с рН < 4	47	От 47 до 56	От 56 до 67	Выше 67
Число рефлюксов продолжительностью более 5 мин	3,5	От 3,5 до 4,0	От 4,0 до 6,5	Выше 6,5
Наиболее продолжительный рефлюкс, мин	20	От 20 до 46	От 46 до 66	Выше 66

В послеоперационном периоде 24-х часовая рН-метрия в случае возникновения послеоперационного желудочно-пищеводного рефлюкса показывала увеличение обобщенного показателя DeMeester более 50.

Результаты исследования. Как видно по таблице 2, все основные показатели дооперационной суточной рН-метрии были в пределах нормы и разница между ними по группам сравнения была статистически не значима.

Таблица 2 - Данные исследования суточной рН-метрии до операции и через 1 год после операции

Показатели	Норма	до операции		после операции		P (сравнение до и после операции)	
		1 группа (n=10)	2 группа (n=8)	1 группа (n=10)	2 группа (n=8)	1 и 3	2 и 4
		1	2	3	4		
% времени с рН < 4, общее	<4,5	3,8±1,6	3,6±2,0	3,3±2,0	5,9±3,1	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p>0,05			
% времени с рН < 4, стоя	<8,4	7,6±0,8	6,9±0,7	8,3±2,8	8,4±2,4	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p>0,05			
% времени с рН < 4, лежа	<3,5	3,4±1,3	3,1±1,2	3,5±1,3	3,9±3,2	P>0,05	P>0,05
		p>0,05		p>0,05			
Общее число ГЭР с рН < 4	<46,9	36±5,3	38±3,3	39,0±13,6	53,9±8,1	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p>0,05			
Число ГЭР более 5 мин	<3,5	3,1±1,4	2,9±0,3	3,2±1,3	4,0±1,5	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p>0,05			
Наиболее продолжительный рефлюкс (мин)	<20	5,8±1,0	4,8±1,2	7,8±1,3	20,9±4,2	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p<0,05			
Показатель DeMeester	<14,72	13,1±4,4	12,5±4,4	14,2±4,4	18,6±5,8	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p<0,05			

После операции в контрольной группе отмечено увеличение показателя общего времени с рН < 4 до $5,9 \pm 3,1$ против $3,3 \pm 2,0$ в основной группе ($P < 0,05$).

Показатель процент времени с рН < 4 стоя после операции был в пределах нормы как в основной ($8,3 \pm 2,8$) так и в контрольной группах ($8,4 \pm 2,4$) ($P > 0,05$). А послеоперационный процент времени с рН < 4 лежа, несколько выше нормы оказался во второй группе ($3,9 \pm 3,2$) чем в первой группе ($3,5 \pm 1,3$), хотя данная разность была статистически не значима ($P > 0,05$).

Аналогичная картина наблюдалось после операции с показателем общего числа ГЭР с рН меньше 4. Данный показатель превысил норму в контрольной группе и составил $53,9 \pm 8,1$ число раз по сравнению с основной группой, где он составил $39,0 \pm 13,6$ число раз ($P < 0,05$).

После операции число ГЭР продолжительностью больше 5 минут составило для первой группы $3,2 \pm 1,3$, и $4,0 \pm 1,5$ для второй группы ($P < 0,05$).

В результате проведенных кардиомиотомий в контрольной группе показатель значения наиболее длительного эпизода ГЭР увеличился до $20,9 \pm 4,2$ минут, что статистически значимо отличалось от основной группы, он составил $7,8 \pm 1,3$ минут ($P < 0,05$).

Превышение после операции значения индекса DeMeester в контрольной группе выше уровня нормы ($18,6 \pm 5,8$), где после кардиомиотомии использована фундопликация по Дору, по сравнению с данным показателем в основной группе ($14,2 \pm 4,4$), где использована разработанная эзофагокурофундо-пликация ($P < 0,05$). Данный обобщенный показатель, рассчитываемый из шести ранее перечисленных параметров, указывал на хороший результат в основной группе и не удовлетворительный в целом результат в контрольной группе.

При оценке по ранее приведенной градации (таблица 1), степень тяжести рефлюкса по показателям 24 часовой рН-метрии в целом в контрольной группе соответствовал ГЭР легкой степени.

Вывод: Приведенное исследование с использованием суточной рН-метрии показало лучшую антирефлюксную функцию разработанной эзофагокурофундопликации по сравнению со стандартной методикой по Дору.

Литература:

1. Полубояринова Л.Т., Григорьев П.С. Случаи поздней диагностики ахалазии кардии. Кремлевская медицина. Клинический вестник 1998; 2: 34-36. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. - М.: Триада-Х, 2000. - 179 с.;
2. Lyass S., Thoman D., Steiner J.P., Phillips E. (2003) Current status of an antireflux procedure in laparoscopic Heller myotomy. Surg. Endosc. 17: 554-558.
3. Del Genio A; Di Martino N; Maffettone V; Izzo G; Zampello P; Mugione P. Failure of surgical treatment for achalasia: diagnosis and treatment Annali italiani di chirurgia, 1995;66(5):587-95.
4. Корниенко Е.А., Дмитриенко М.А., Никулин Ю.А., Филюшкина Е.И., Филюшкин И.П. Применение медицинской техники при функциональной диагностике в гастроэнтерологии. Учебно-методическое пособие. - СПб. - 2006. - 103 с.
5. Bodger K, Trudgill N. Guidelines for oesophageal manometry and pH monitoring. November 2006. http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/oesp_man.pdf (last accessed 5 March 2009).

Evaluation of antireflux ezofagokurofundoplikatsii as a component of surgery for achalasia of the esophagus. from subsistence pH meter

O.B. Ospanov, N.R. Rakhmetov, T.A. Bulegenov, G.A. Eleuov, I.S. Volchkova, A.A. Sukashev

The aim of the work was to evaluate the antireflux function of the developed antireflux component of the above author's operation for achalasia when compared with standard fundoplication for Dora with daily pH-metry. The above study using daily pH-metry showed a better antireflux function developed ezofagokurofundoplikatsii compared with a standard method for Dor.

Тәуліктік рН-метрия көрсеткіштері бойынша өңеш ахалазиясы операциясының компоненті ретінде эзофагокурофундопликацияның антирефлюкстік қызметін бағалау

O.Б. Оспанов, Н.Р. Рахметов, Т.А. Булегов, Г.А. Елеуов, И.С. Волчкова, А.А. Сукашев

Жұмыстың мақсаты болып тәуліктік рН-метрияны қолданумен Дор бойынша стандартты фундопликацияны өңеш ахалазиясы кезіндегі жоғарыда аталған авторлық операциямен салыстыра отырып антирефлюкстік қызметін бағалау табылады. Тәуліктік рН-метрияны қолданып жасалған зерттеу Дор бойынша стандартты әдістеменен салыстырғанда эзофагокурофундопликацияның өте жақсы антирефлюкстік қызметін көрсетті.

УДК 616.441-08

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А. Кусаинов

Государственный медицинский университет г. Семей

На современном этапе развития эндокринной хирургии одним из основных направлений является поиск наиболее безопасных методов лечения, разработка и внедрение малоинвазивных методик. С конца 90-х годов появились данные о первых результатах не хирургического лечения доброкачественных узловых и кистозных образований щитовидной железы (ЩЖ), путем чрескожного введения для практики, информативны и должны быть неотъемлемой частью научно-практических программ по заболеваниям ЩЖ.

С 2005г. для повышения эффективности малоинвазивной методики – склеротерапии нами стал использоваться 3% этоксисклерол – для лечения больных с доброкачественными кистами ЩЖ. Среди патологии ЩЖ самостоятельная киста или частично кистозные узлы составляют от 6% до 25% солитарных узлов ЩЖ.

Этоксисклерол 3% обладает наименьшей токсичностью, местноанестезирующим действием и наибольшим склерозирующим эффектом, так как при воздействии на ткань этоксисклерол вызывает денатурацию белков, спо-