

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-

сопутствует склерозированию с формированием фиброзного рубца.

Для определения эффективности лечения доброкачественных кист ЩЖ, мы распределили больных на 3 группы в зависимости от объема кистозного образования. Первую группу составили больные с объемом кисты до 2,5 см³, вторую группу составили больные с объемом кисты от 2,6 до 5,0 см³, третью группу составили больные с объемом кист более 5,1 см³. А также по данным литературы (Цыб А.Ф. и др., 1997, Cho Y.S. et al., 2000) и по результатам собственно проведенных исследований (данных УЗИ, результатов ТАБ, данных цитологического обследования) мы выделили две группы кист ЩЖ: простые и сложные кисты. Объемы кистозных образований колебались от 0,4 см³ до 13,1 см³. Срок наблюдения за пациентами после выполнения процедуры колебался от трех месяцев до года и более.

На основе анализа литературы и собственного опыта нами разработана и унифицирована методика склеротерапии доброкачественных кист ЩЖ.

1. Перед началом лечения следует убедиться в доброкачественной природе новообразования ЩЖ. Для этого должен быть взят на вооружение «тройной диагностический тест»: ультразвуковое исследование, уровень гормонов щитовидной железы (тиреотропного гормона, трийодтиронина, тироксина) и тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием.

2. Должно учитываться общее состояние пациента, чтобы избежать возможных осложнений: дети младше 14-15 лет не могут заставить себя лежать спокойно, что снижает точность инстилляций этанола; при высоком артериальном давлении (>160-170 мм.рт.ст.), нарушениях свертываемости крови возможно образование гематом; при наличии тиреотоксикоза велика вероятность его усиления; противопоказанием к использованию данного метода являются также острые инфекционные заболевания, психические расстройства. Пациентов старше 60 лет следует предупреждать об опасности быстрого изменения положения тела, избегать значительного запрокидывания головы кзади.

3. Под контролем УЗИ производится пункция кистозной полости иглой и извлекается ее содержимое. Полная аспирация затрудняет визуализацию иглы и увеличивает риск ее выхода за пределы кисты. В то же время небольшое количество жидкого содержимого, оставленное в полости кисты, позволяло четко локализовать кончик иглы на протяжении всей процедуры и не приводило к ухудшению результатов лечения. При кистах с объемом менее 0,5 мл склеропрепарат вводился сразу без предварительной аспирации кистозного содержимого.

4. Не смещая кончик иглы, в просвет кисты вводится склерозант. Объем вводимого склерозанта зависит от размеров образования. Если емкость полости не превышает 2 мл, склерозант инъецируется в объеме не более половины извлеченного коллоида. В других случаях склерозант вводится из расчета 1/3 от объема кисты, но не должно превышать 1-1,5 мл. При увеличении объема вводимого склерозанта по данным литературы резко возрастало количество осложнений проводимого лечения.

5. При хорошей переносимости первой процедуры повторная пункция кисты с эвакуацией содержимого производится с интервалом в одну неделю. Сроки проведения повторного сеанса были установлены с учетом морфологических изменений, происходящих в месте инъекции склерозанта. Мы отказались от многократных инъекций склерозантов в связи с отсутствием в литературе убедительных данных, свидетельствующих о том, что это

приводит к повышению эффективности проводимого лечения.

6. Наличие внутренних включений, часто рассматриваемых как «внутренние перегородки», в результате чего возникает заключение о сложной многокамерной кисте, в большинстве случаев существенного значения при аспирации кистозного содержимого не имели. Все жидкое содержимое в большинстве случаев беспрепятственно удалялось при нахождении кончика иглы в одной (любой) точке кистозной полости. Однако при сложных кистах ЩЖ возможна последовательная пункция кистозных камер или нескольких полостей одновременно.

7. Особую осторожность следует проявлять при случайной инъекции склерозанта в стенку кисты, что приводит к некрозу ее и вовлечению в воспалительную реакцию прилегающей интактной тиреоидной ткани. Это проявляется гипертермией (до 38-40°C), выраженной болезненностью и отеком в месте введения спирта в течение 2-5 суток с момента проведения процедуры. Показан приём анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов. Для предупреждения указанного осложнения необходимо обязательно контролировать на УЗИ местоположение кончика иглы перед инстилляцией склерозанта.

8. При вязком коллоиде в кистозной полости, не удаляющемся через стандартную иглу (23 G) и при достаточной толщине иглы (до 21G), рекомендуем ввести в кистозную полость без извлечения коллоида 0,5 мл склерозанта. Через 2-4 дня в результате воспалительной дегградации (биохимической трансформации) коллоида он становится менее вязким и легко извлекается через просвет стандартной иглы.

9. Достаточно обоснованное заключение об излечении можно дать не ранее чем через 6 месяцев с момента окончания курса склеротерапии, так как даже небольшой объем оставшейся в образовании жизнеспособной тиреоидной ткани способен через несколько месяцев привести к повторному появлению кистозной полости.

10. При рецидиве заболевания возможен повторный курс склеротерапии, который должен быть предварен повторной ТАБ образования.

Нами было исследовано, как менялась эхографическая картина кист ЩЖ в различные сроки после выполнения склеротерапии 3% этанол-склерозантом. Свидетельством эффективности проводимого лечения было исчезновение кистозной полости и прогрессивное уменьшение размеров кисты образования. Границы кисты теряли четкость, а контуры становились неровными. Отмечалось выраженное снижение эхоплотности, интенсивность которой со временем уменьшалась. Проведенный анализ продемонстрировал, что в первые дни после склеротерапии происходит уменьшение объема и размеров кист более 50%. В некоторых случаях увеличение объема мелких кист происходит за счет выраженных воспалительных изменений, как в самой кисте, так и перифокально в окружающей тиреоидной ткани. К седьмым суткам в большинстве случаев объем образований возвращается к первоначальному или даже становится меньше его. В последующем размеры кист прогрессивно уменьшаются, особенно быстро впервые три месяца после проведения склеротерапии. Темп регрессии выше в простых кистах не зависимо от размеров, при сложных кистах увеличивается количество сеансов склеротерапии, темп регрессии медленнее, чем при простых кистах. Следует сказать, что уменьшение размеров кист может отмечаться на протяжении 6 месяцев. Через 1 год после проведения склеротерапии на месте кисты может определяться рубец или ткань с пониженной эхогенностью.

Регресс объема кист ЩЖ был наиболее интенсивным

и составил к 6 месяцам простых кист – 100%, сложных кист 98,5%, через 1–2 года рецидивов не наблюдали. По данным литературы (Bartos M., Matesa N., Zingrillo M.) эффективным можно считать лечение, в случае если регрессия кисты превысила 50%. В нашем исследовании лечение оказалось эффективным в 95,7% случаев и почти в 83,4% удалось достигнуть полной регрессии образований.

При проведении корреляционного анализа нами не было установлено связи между эффективностью проводимой терапии и размерами кист, а также возрастом пациентов. Умеренная взаимосвязь отмечена между эффективностью терапии и выраженностью кистозной дегенерации (простые и сложные кисты). Кроме того, имела место взаимосвязь между степенью регрессии кист и вязкостью содержимого полости кисты.

Выявлена обратная зависимость между эффективностью лечения и числом сеансов склеротерапии, однако это объясняется тем, что в нашем исследовании многократные инъекции выполнялись только при малой эффективности проводимого лечения.

Процент осложнений в нашем исследовании не превышал данные, приводимые в литературе. Так болевой синдром, выраженный в той или иной мере, наблюдался у всех пациентов, однако в подавляющем большинстве случаев (61%) он был мало выражен и проявлялся чувством распирания в месте инъекции или легкой болезненностью, которая купировалась самостоятельно в течение первых минут после инъекции. Подъем температуры отмечен в 1,4%, и отмечался только в первый день склеротерапии. Ни в одном случае не было отмечено клинических признаков нарушения гормонального статуса. Следует отметить, что отказ от реаспирации склерозанта не привел к росту числа осложнений.

Лечение оказалось высокоэффективно при наличии кист ЩЖ с любым объемом. Однако, при выполнении склеротерапии кист с малым и средним объемом эффект был достоверно выше, чем при больших кистах. Следует отметить, эффект от склеротерапии также зависел от структуры кист ЩЖ. При склеротерапии простых кист процент случаев полной регрессии был значительно выше, чем при лечении сложных кист. Определенную роль в склеротерапии кист ЩЖ играло и содержимое кист, в частности вязкость кистозного содержимого. При более вязком содержимом увеличивалось количество сеансов

склеротерапии, сроки полной регрессии кисты. Высокие результаты, полученные в ходе проведенного исследования, убедительно свидетельствуют об отсутствии жесткой необходимости в многократных инъекциях склеропрепаратов.

Таким образом, подводя итог всему вышеизложенному, следует заключить, что предложенная нами унифицированная методика склеротерапии продемонстрировала свою высокую эффективность при лечении доброкачественных кист ЩЖ.

Литература:

1. Барсуков А.Н. Результаты чрескожной склерозирующей терапии доброкачественных узловых образований щитовидной железы. - Хирургия. - 2006., №2. – С. 32-37, - С. 54-55.
2. Ким И.В., Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э., Склеротерапия при узловом коллоидном зобе. - Хирургия. - 2005., №9, - С. 14-18.
3. Zingrillo M., M. Torlontano, R. Chiarella Percutaneous ethanol injection may be a definitive treatment for symptomatic thyroid cystic nodules not treatable by surgery. // *Thyroid*. - 1999. – Vol.9. – P.763–767.
4. Zhumadilov Z., Hoshi M, Abisheva G, Taooka Y, Bhattacharjee D. Some approaches to treatment of patients with thyroid nodular diseases in the Semipalatinsk region of Kazakhstan // *Hiroshima J. Med. Sci.* – 2003. - Vol.52. - No.4. - P.81-89.
5. Matesa N., Dabelic N., Tabain I., Kusic Z. Fine needle aspiration of the thyroid // *Acta clin Croat* – 2002. – Vol.41. – N 2. – P.123-130.
6. Цыб А.Ф., Паршин В.С., Нестайко Г.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы // - М.: Медицина, 1997. - 332с.
7. Bartos M. The influence of a single ethanol injection on normal thyroid tissue of the rat // *Cytobios*. - 2000. - Vol.101, №397. - P.123-130.
8. Шулуток А.М., Семиков В.И., Куликов И.О. Склеротерапия доброкачественных образований щитовидной железы. *Рос. медицинский журнал*, 2002. №5: - С.23-24.
9. Cho Y.S., Lee H.K., Ahn I.M., Lim S.M., Kim D.H., Choi C.G., Suh D.C. Sonographically guided ethanol sclerotherapy for benign thyroid cysts: results in 22 patients. *Am J Roentgenol* 2000; 81(1): 213–216.

Қалқанша бездің қатерсіз кистасының склеротерапиясын жүргізу методикасы

А.А. Кусайнов

3% этоксисклеролом склеротерапияның унифицирленген методикасы қалқанша бездің қатерсіз кистасын емдеуде өзінің жоғары тиімділігін көрсетті. Қалқанша безінің кез келген көлемдегі кистасын емдеуде жоғары тиімді болып келді. Алайда, кіші және орташа көлемдегі кисталардың склеротерапиясын жүргізу кезінде, үлкен кисталарға қарағанда тиімділігі жоғары болды. Сондай-ақ, склеротерапияның тиімділігі қалқанша безі кистасының құрылысына да байланысты екенін де ескеру қажет. Қарапайым кисталардың склеротерапиясы кезінде толық регрессия жағдайының пайызы күрделі кисталарды емдеуге қарағанда біршама жоғары болып табылды. Қалқанша без кистасының склеротерапиясында және киста құрамында, жергілікті жабысқақ кистозды құрамның болуы маңызды рөл атқарды. Жабысқақ құрам көп болған кезде, склеротерапия сеансының мөлшері, кистаның толық регрессия мерзімі көбейтіліп отырды. Жүргізілген зерттеу кезінде алынған жоғары нәтижелер склеропрепараттардың жиі-жиі инъекцияларында қатаң қажеттіліктің болмауын нақтылайды.

Technique of carrying out of sclerotherapy benign cyst of thyroid gland

A.A. Kusainov

The unified technique of sclerotherapy of 3% aetoxiscleroly has shown the high efficiency at treatment benign cyst of thyroid gland. Treatment has appeared highly effectively at presence cyst of thyroid gland any volume. However, at sclerotherapy performance cyst with small and average volume the effect was authentically above, than at big cyst. It is necessary to note, effect from sclerotherapy also depend from structure cyst of thyroid gland. At sclerotherapy simple cyst the percent of cases of full regress was considerable above, than at treatment difficult cyst. A certain role in sclerotherapy cyst of thyroid gland contents of cyst, in particular played also viscosity contents of cyst. At more viscous contents the quantity of sessions of sclerotherapy, terms of full regress of cyst increased. The high results received during carried out research, convincingly testify to absence of rigid necessity for repeated injections of scleropreparations.