

При иммуногистохимическом исследовании обнаружено, что экспрессия тиреоглобулина одинаково высоко выявлялась при всех морфофункциональных состояниях ЩЖ. При фолликулярно-коллоидном типе тиреоглобулин локализовался в коллоиде, цитоплазме клеток и в стенке сосудов. При повышении активности ЩЖ тиреоглобулин был выявлен и в строме. Таким образом, выявление маркера тиреоглобулина в строме, при десквамативном и переходном типах, в нашем исследовании указывает на переход мерокринового типа секреции клеток на голокриновый.

Наиболее высокий уровень экспрессии CD – 34 был выявлен при переходном типе ЩЖ. При этом перифолликулярные капилляры приобретали неправильную форму и были резко расширены.

В группе фолликулярно-коллоидного типа экспрессия Ki 67 составляла $1,27 \pm 0,21\%$ и была достоверно меньше ($p < 0,05$), чем в переходном типе, где уровень пролиферации был наибольшим и составлял $4,46 \pm 0,75\%$ и десквамативном типе – $3,06 \pm 0,53\%$. Протекают одновременно разнонаправленные процессы: с одной сторо-

ны, десквамация эпителия, с другой – пролиферация.

С-клетки чаще можно было обнаружить в виде мелких очаговых скоплений, также С-клетки располагались между собственно фолликулярными клетками и базальной мембраной.

Влияние патологических процессов как со стороны матери, так и со стороны плода, приводит к морфофункциональному изменению фетальной ЩЖ. При кратковременном действии повреждающего фактора наблюдается активизация структуры по морфологическим критериям: увеличение высоты эпителия, вакуолизация и резорбция коллоида, полнокровие органа. При длительном воздействии повреждающего фактора отмечаются признаки гипопункции ЩЖ с переходом в истощение органа.

У детей, рожденных от матерей с эутиреоидным увеличением щитовидной железы, с гестационным сроком возрастала частота фактического тиреоидного объема, превышающая верхние границы индивидуальной нормы тиреоидного объема. Увеличение тиреоидного объема происходит за счет накопления коллоида и фолликулогенеза в экстрафолликулярной ткани.

Таким образом, качественные и количественные изменения структурных компонентов щитовидной железы, наряду с увеличением тиреоидного объема являются этапом зобной трансформации под влиянием комплекса стромогенных факторов, ведущим из которых является недостаток йода, характерны для Республики Саха (Якутия).

Литература

1. Bidey S.P. The regulation and integration of thyroid follicular differentiation and function / S.P. Bidey, S. Tomlison // Clin. Endocrinol. (Oxf.). – 1988. – V. 28. – № 4. – P. 423-444.
2. Bocian-Sobkowska J. Morphometric studies on the development of human thyroid gland / J. Bocian-Sobkowska, W. Wozniak, L.K. Malendowicz // Histol. Histopathol. – 1997. – Vol. 12. – P. 79-84.
3. Brix T. Genetic and environmental factors in the etiology of simple goiter / T. Brix, L. Hegedus // Ann. Med. – 2000. – V. 32. – P. 153-156.
4. Fujita H. Functional morphology of the thyroid / H. Fujita // Int. Rev. Cytol. – 1988. – V. 113. – P. 145-185.
5. McLachlan S.M. Genetic factors in thyroid disease / S.M. McLachlan, B. Rapoport // Braverman L. E., Utiger R. D., eds. Werner & Ingbar's the thyroid. 8-th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001. – V. 26. – P. 474-487.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

К.Э. Тюрёканов, Е.О. Мосеев

СЛУЧАЙ ОСТРОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА С ОБШИРНЫМ НЕКРОЗОМ КИШЕЧНИКА

УДК 616.34-005.6-002.4

Ключевые слова: острый мезентериальный тромбоз, некроз.

Keywords: acute mesenteric thrombosis, necrosis.

Острый тромбоз мезентериальных сосудов встречается в 0,1-0,2% случаев на 1000 госпитализированных в хирургические стационары. При этом летальность, по данным различных авторов, остается высокой и составляет от 67 до 92%.

При остром нарушении брыжечного кровообращения возникает ишемический инфаркт кишечника различной протяженности. Причиной острой мезентериальной ишемии в 87,6% случаев, по данным авторов, являются окклюзионные поражения

сосудов кишечника, обусловленные тромбозом и эмболией верхней брыжечной артерии, основного источника кровоснабжения кишечника. Протяженность некротизированных участков кишечника варьирует в зависимости от уровня окклюзии магистралей, начиная от очаговых и сегментарных, доходя до обширных тотальных некрозов. Распространенный некроз кишечника чаще возникает при поражении артериального русла и составляет от 7,8 до 17,4%. Летальность при этом высокая.

Источниками эмболии могут являться тромбозы левых отделов сердца, поражение митральных клапанов при ревматоидном эндокардите, а также могут возникать при различных видах нарушения сердечного ритма, среди

которых чаще бывает мерцательная аритмия.

В нашей практике наблюдался случай обширного некроза петель тонкого кишечника вследствие острого тромбоза мезентериальных сосудов у больной с ИБС и мерцательной аритмией тахисистолической формы.

Наблюдение интересно тем, что больной произведена обширная резекция тонкого кишечника с наложением еюно-транзверзоанастомоза с разгрузочной концевой илеостомией, которая в послеоперационном периоде закрылась самостоятельно.

Приводим наблюдение.

Больная П., 75 лет была госпитализирована в терапевтическое отделение ЦРБ 13.03.09г. с диагнозом ИБС. Мерцательная аритмия. Тахи-

систолическая форма. АГ 3 риск 4. ХСН 3ст.

17.03.09г. у больной появились острые боли в животе, рвота, жидкий двухкратный стул.

Боли не купировались несмотря на проводимую инфузионную терапию и симптоматическое лечение. Состояние больной ухудшалось, появилась одышка ЧДД – 28-30 в 1 мин, цианоз губ, холодный липкий пот, бледность кожных покровов, тахикардия. Сердечные тоны глухие аритмичные, АД – 220/140 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, как гора, пальпаторно напряжен, болезнен во всех отделах. Перистальтика не выслушивалась. Больная консультирована хирургом и рекомендовано оперативное лечение по жизненным показаниям по поводу острой кишечной непроходимости, тромбоза мезентериальных сосудов.

После совместного осмотра врачей: хирурга, терапевта и анестезиолога и короткой предоперационной подготовки больной 18.03.09 00 ч 45 мин под эндотрахеальным наркозом произведена лапаротомия. По вскрытии брюшной полости выделился серозно-мутный выпот с ихорозным запахом, который осушен отсосом.

При ревизии органов обнаружен мезентериальный тромбоз с обширным некрозом петель тонкого кишечника. Кишечник серовато-тусклого цвета, местами черный, пульсация на брыжейке на этом участке не определяется. Некроз начинался на

расстоянии 1,5м от Трейцевой связки, захватывая всю тощую кишку и оставляя жизнеспособной часть подвздошной кишки на расстоянии 20см от илеоцекального угла. Учитывая имеющуюся картину, произведена резекция тонкого кишечника в пределах здоровых участков, отступя от Трейцевой связки на 100см и от илеоцекального угла 15см. Учитывая наличие короткой части подвздошной кишки и несоответствие по диаметру проксимального и дистального концов анастомозируемых участков кишечника, решено и произведено наложение еюно – транзверзоанастомоза конец в бок двухрядными узловыми швами. Через культю подвздошной кишки произведено разгрузочное дренирование просвета толстого кишечника за линию анастомоза на 15см. Культя подвздошной кишки погружена вокруг трубки в кишечный шов и выведена наружу через отдельный прокол брюшной стенки в правой подвздошной области, и фиксирована к брюшине и коже. Проведены санация и дренирование брюшной полости. Наложены глухие швы на рану. Послеоперационный период протекал соответственно тяжести заболевания.

Проводилась соответствующая инфузионная и симптоматическая терапия. Послеоперационная рана зажила первично. Дренажи из брюшной полости удалены поэтапно. Разгрузочный дренаж кишечника удален

после восстановления перистальтики кишечника на 5-е сутки. Илеостомы после удаления дренажа самостоятельно закрылась на 18-й день после операции. Больная выписана домой на 28-е сутки в удовлетворительном состоянии. Имеется синдром короткой петли кишечника. Рекомендован подбор индивидуальной диеты.

Данное наблюдение свидетельствует, что мезентериальный тромбоз является тяжелой патологией. Чаще возникает у больных, страдающих мерцательной аритмией и другими сердечными заболеваниями. При тромбозе возможны обширные инфаркты кишечника.

Проведение расширенной резекции тонкого кишечника озадачивает хирурга в выборе тактики операции. Наложение еюно – транзверзоанастомоза с разгрузочной илеостомией по описанной методике дает возможность выйти из тяжелой ситуации.

Литература

1. Баешко А.А. Причины и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения / А.А. Баешко, С. А. Климук, В.А. Юшкевич // Хирургия. – 2005. – №4. – С.57.

Baeshko A.A., Klimuk S.A., Jushkevich V.A. // Surgery. – 2005; №4. – P. 57.

2. Покровский А.В. Перспективы и действительность в лечении атеросклеротических поражений аорты / А.В. Покровский, А.Е. Зотиков. – М: ИПС, 1996. – С.192.

Pokrovskij A.V. Prospects and reality in treatment of atherosclerotic aorta lesions / A.V. Pokrovskij, Zotikov A.E. – M: IPS 1996. – P. 192.

ИЗ ХРОНИКИ СОБЫТИЙ

О ПРОВЕДЕНИИ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОХИРУРГИИ НА СЕВЕРЕ», ПОСВЯЩЕННОЙ 10-ЛЕТИЮ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЯКУТИИ

12 ноября 2010г. в г. Якутске проведена межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы развития кардиохирургии на Севере», посвященная 10-летию кардиохирургической службы Якутии, с участием ведущих ученых России.

Организаторами конференции выступили Якутский научный центр комплексных медицинских проблем СО РАМН, Министерство здравоохранения РС (Я), Республиканская больница №1-Национальный центр медицины.

Почетным гостем конференции был первый Президент Республики Саха (Якутия) Михаил Ефимович Николаев, оказавший большую поддержку и помощь в строительстве Национального медицинского центра. С приветственным словом к гостям конференции выступили заместитель Председателя Правительства РС (Я) Александр Васильевич Власов, председатель Постоянного комитета по здравоохранению, социальной защите, труду и занятости

Государственного собрания (Ил Тумэн) Елена Юрьевна Алексеева.

В работе конференции приняли участие ведущие ученые России: Шихвердиев Назим Низамович, д.м.н., профессор, начальник отделения приобретенных пороков сердца 1-й клиники хирургии для усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (г. Санкт-Петербург); Иванов Сергей Николаевич, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник Центра детской кардиохирургии и