

проведённых обследований, результаты хирургического лечения расценены нами как хорошие у 14 (77,8%) больных. Дисфагия и регургитация исчезли. Рентгенологически кардия была проходима для густой бариевой смеси, пищевод уменьшился в размерах, определялся газовый пузырь. Субъективно все пациенты оценивали своё состояние как «отличное» и «хорошее». У 3 (16,6%) пациентов результаты лечения расценены как удовлетворительные. При быстром приёме пищи и в нервно-стрессовых ситуациях отмечалась дисфагия, боли за грудиной, что потребовало соблюдения щадящей диеты и режима питания.

У одного пациента (5,6%) через год появился рецидив заболевания. Жалобы прошли после курса кардиодилатации. Для оценки эффективности метода нами проведено сравнение с группой больных (25), оперированных в нашей клинике с 1995 по 2003 года традиционными способами. В этой группе в раннем периоде также серьёзных осложнений не отмечено.

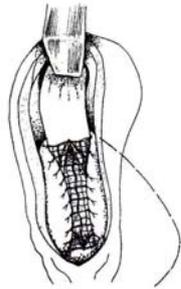


Рис. Схема разработанной операции. Окончательный вид

В отдалённые сроки хорошие результаты лечения получены у 17 (68%) больных, удовлетворительные – у 5 (20%). У 3 (12%) пациентов результаты лечения признаны неудовлетворительными – выявлен рецидив заболевания, что явилось причиной повторного оперативного вмешательства у двух пациентов. У третьего жалобы прошли после проведения кардиодилатации.

Выводы. На основании сравнительного анализа результатов лечения в обеих группах можно сделать вывод о большей эффективности разработанной нами операции по сравнению с традиционными методами.

Литература

1. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода.– М: Триада-Х, 2000.– С. 78–85.
2. Гаджиев А.Н. // Анн. хирургии – 2000.– №1.– С. 26–32.
3. Hoogerwerf W.A., Pasricha P.J. // Gastrointest Endosc Clin N Am.– 2001.– Vol 2.– P. 311–324.
4. West R.L. et al. // Am J Gastroenterol. 2002.– Vol. 97.– P. 1346–1351.
5. Kharrat J. et al. // Tunis Med 2003.– Vol 81.– P. 864–869
6. Gockel I. et al. // Am Surg. 2005.– Vol 71.– P 128–131.
7. Braghetto I. et al. // Rev Med Chil. 2002.– Vol 130.– P. 1055–1066.
8. Scatton O. et al. // Gastroenterol Clin Biol.– 2002.– Vol 26.– P. 883–887.

УДК: 616-089:616-441-006.5:611-018.1

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОМНИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ УЗЛОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. ИВАНОВ, С.Н. ЖАБИН, О.С.ГОРБАЧЕВА, В.С. БАРСУКОВ, Е.А. МАСАЛОВА*

Хирургическое вмешательство является обязательным этапом при лечении злокачественных опухолей щитовидной железы (ЩЖ). Однако значительное количество оперативных вмешательств выполняется больным с подозрением на карциному, у которых после исследования удаленной ткани ЩЖ морфолог

приходит к заключению о наличии у пациента доброкачественного процесса. [2–3]. Обычно это происходит, когда на основании заключения цитолога, по результатам исследования биоптата, полученного при тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) узла, пациенту устанавливается сомнительный диагноз. Это создает серьезные проблемы для врача, определяющего тактику лечения у больного [1]. Подавляющее большинство клиницистов придерживаются активной тактики в отношении этой категории пациентов, производя оперативное вмешательство всем больным с сомнительными результатами ТАБ. Практически отсутствуют критерии, позволяющие выделить среди этой категории пациентов лиц, относящихся к группам «высокого» или «низкого» риска, что могло бы позволить осуществлять дифференцированную тактику при лечении. Все это указывает на необходимость анализа диагностических методов в комплексе с цитологическим исследованием, которые позволят сделать диагностику более точной и избежать напрасных оперативных вмешательств у значительного количества больных с узловыми образованиями в ЩЖ.

Материалы и методы. Материалом для исследования стал анализ комплексного обследования и хирургического лечения 297 больных с предварительным клиническим диагнозом «Узловой нетоксический зоб». Это были пациенты, находившиеся в клинике хирургических болезней №1 КГМУ на базе отделения общей хирургии Курской ОКБ в период с 2001 по 2006 гг.

Всем больным выполнялся стандартный диагностический алгоритм, в рамки которого была включена в обязательном порядке ТАБ. Полученный материал исследовался цитологом. Для нашей работы отбирались пациенты с сомнительными (предположительными) цитологическими заключениями, к которым относится аденоматоз как в изолированном виде, так и в сочетании с другими вариантами цитологических заключений. Мы изучили частоту встречаемости зло- и доброкачественных заболеваний ЩЖ на основании сравнения совокупности клинических и инструментальных дооперационных методов исследования и результатов гистологического исследования препаратов ЩЖ, удаленных при оперативном вмешательстве у 297 пациентов.

Все полученные данные подвергались статистической обработке. Достоверность различий абсолютных показателей и в процентах от контрольного уровня определяли разностным методом вариационной статистики с нахождением : критерия Стьюдента (t), вероятности возможной ошибки (p) по таблицам Стьюдента (различия оценивали как достоверные, начиная с $p < 0,05$); диагностического коэффициента (ДК= ±); критерия информативности Кульбака (I) с построением нормограммы (диагностическая ценность при $I \geq 0,5$). При нахождении критерия информативности Кульбака $> 0,5$, вычислялся диагностический коэффициент. Положительный ДК от +1 до +13 соответствует риску наличия необходимого признака от 55 до 95% соответственно. ДК с отрицательным знаком «-» от -1 до -13 снижает степень возникновения риска признака с 45 до 5%. Процент риска вычисляется при построении нормограммы, причем значения ДК могут быть как меньше -13, так и больше +13, что соответствует снижению или росту процента вероятности < 5 или > 95 соответственно. Результаты гистологического исследования группы больных, прооперированных по поводу узлового зоба, в период с 2001 по 2006 гг. с сомнительными цитологическими заключениями см. в табл. 1.

Таблица 1

Результаты гистологического исследования группы больных с сомнительными цитологическими заключениями

Гистологическая структура	Кол-во	%
Узловой коллоидный зоб (УКЗ)	88	29,6%
Аденома фолликулярная	177	59,6%
Злокачественная опухоль, всего	32	10,8%
В том числе:		
Папиллярный	31	10,4%
Фолликулярный	1	0,3%
ИТОГО	n=297	100%

Исходя из общепринятых показаний к оперативному лечению, все пациенты (n=297) были разделены по окончательным гистологическим заключениям на две группы: I группа – больные с доброкачественными заболеваниями ЩЖ (узловой коллоидный зоб, аденома); II группа – больные со злокачественными новооб-

* Курский ГМУ, кафедра хирургии №1

разованиями (рак ЩЖ). Как в I группе больных, так и во II группе больных, среди больных преобладали женщины 97% (31 чел.) и 91% (240 чел.) соответственно. Мужчин было 3% (1чел) и 9% (25 чел) соответственно. Основное количество больных доброкачественными заболеваниями щитовидной железы сконцентрировано в возрастной группе от 41 до 50 лет ($p < 0,05$), а больных злокачественными новообразованиями от 41 до 60 лет ($p < 0,05$). Т.е. возраст не может быть существенным прогностическим критерием в дифференциальной диагностике двух групп больных. Что требует в соответствии с задачами нашей работы комплексного подхода в обследовании больных с узловой тиреоидной патологией.

Результаты. Сомнительный цитологический диагноз ставится 14% больным с узлами в ЩЖ, которым была выполнена ТАБ. После гистологического исследования операционного материала этих пациентов, злокачественная опухоль выявляется лишь у 10,8%. А оставшиеся 89,2 % больных с узловым зобом подвергались оперативному вмешательству только на основании предположения о возможном злокачественном поражении ЩЖ. Для выявления степени злокачественности клинических, сонографических и морфологических признаков мы пользовались методом Кульбака. Этот метод позволяет определить диагностический коэффициент и процент вероятности возникновения злокачественных заболеваний ЩЖ как для каждого признака в отдельности, так и для совокупности признаков в целом. Т.е. после обследования пациента при наличии ряда признаков необходимо выполнить суммирование значений ДК каждого критерия и определить вероятность (%) злокачественного образования в ЩЖ.

При анализе клинических методов обследования больных с узловой тиреоидной патологией обращают на себя внимание такие признаки как плотность и болезненность пальпируемых узлов ЩЖ, а также их количество. Плотность и болезненность пальпируемого узла являются относительно значимыми факторами для проведения дифференциального диагноза между доброкачественной и злокачественной опухолью и относительный риск наличия злокачественной опухоли при плотном узле составляет 68%, ДК=+5, ($p < 0,05$) при болезненном узле 74%, ДК=+7 ($p < 0,05$). На калибровочной кривой (рис.) значения представленных признаков обозначены латинскими буквами «А» и «В».

Из-за субъективности в оценке врачом своих тактильных ощущений, плотность узла, зачастую может быть обусловлена его кальцификацией. Кроме того, эти признаки появляются на относительно поздних стадиях развития опухоли и поэтому имеют ограниченное клиническое значение. Оценивая факторы риска наличия злокачественного образования, следует отметить, что полинодозное поражение ЩЖ достоверно чаще ($p < 0,05$) встречалось при доброкачественной тиреоидной патологии. На калибровочной кривой (рис.) приведенное значение обозначено латинской буквой «С», ДК= - 4, процент риска 36% ($p < 0,05$).

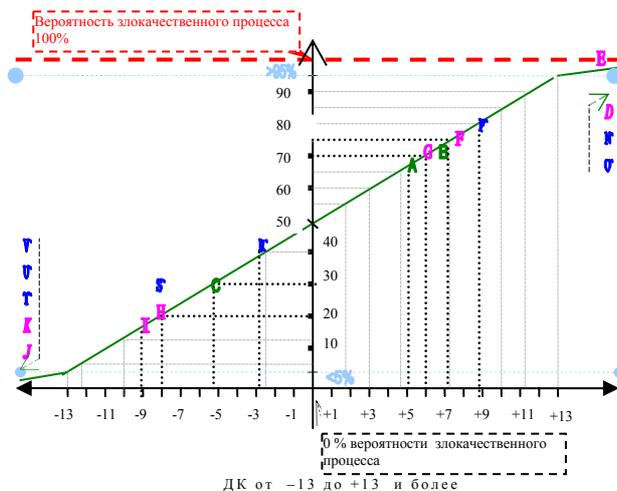


Рис. Нормограмма

Мы анализировали значимость признаков инструментальных методов обследования для прогноза злокачественного новообразования. При обследовании больных с заболеваниями ЩЖ после тщательного сбора анамнеза и клинического осмотра паци-

ентов из инструментальных методов в первую очередь применяли УЗИ. С помощью УЗИ можно выявить косвенные признаки, характерные для доброкачественных и злокачественных образований ЩЖ, обусловленные характером роста узлового образования [3]. В нашей работе были получены достоверные прогностические сонографические критерии. Мы проанализировали «вес» каждого сонографического признака в установлении риска злокачественного новообразования. Это поможет лечащему врачу проводить диагностический поиск обоснованно. Достоверно значимые ультразвуковые признаки суммированы в табл. 2

Таблица 2

Прогностические значения УЗИ-признаков в отношении рака

Сонографические признаки	% риска	ДК	Достоверность		Буквенное обозначение на нормограмме
			t>2	P<0,05	
Деформация капсулы и /или ее отсутствие	98%	+36	5,31	+	D
Нечеткость контуров	95%	+15	8,59	+	E
Кальцинаты	79%	+8	2,9	+	F
Гипоэхогенный узел	71%	+6	10,2	+	G
Изоэхогенный узел	21%	-8	5,3	+	H
Четкость контуров	19%	-9	3,6	+	I
Диаметр узла 3 см. более	1,7%	-25	6	+	J
Инкапсулированный узел	1,5%	-26	3,7	+	K
Плотный узел	68%	+5	2,5	+	L
Эластичный узел	35%	-4	4,1	+	M

На основании анализа совокупности сонографических признаков можно установить суммарную вероятность злокачественного заболевания в каждом конкретном клиническом случае. Для этого необходимо сложить значения Диагностического Коэффициента каждого признака, учитывая знак направленности («+» и «-»), и используя нормограмму вычислить % возможного риска. Несмотря на известные достоинства УЗИ, следует заключить, что этот метод в силу ряда причин позволяет достоверно судить о раковом процессе далеко не во всех случаях, что, безусловно, требует подключения других методов исследования.

ТАБ щитовидной железы является единственным дооперационным методом прямой оценки структурных изменений и установления цитологических параметров образований в ЩЖ [1]. Однако в нашей работе всем больным на дооперационном этапе были даны сомнительные цитологические заключения (настораживающие в отношении рака). Само название «сомнительные заключения» указывает на невозможность осуществить основную задачу ТАБ узловых образований ЩЖ – оценить показания к хирургическому лечению. Поэтому, в соответствии с целью исследования мы провели оценку эффективности сомнительных заключений ТАБ в дифференциальной диагностике узловых образований ЩЖ и выявлении среди них рака.

Прогностические значения сомнительных заключений цитолога в отношении рака представлены в табл. 3

Таблица 3

Прогностические значения сомнительных заключений цитолога в отношении рака

Цитологические признаки	% риска	ДК	Достоверность		Буквенное обозначение на нормограмме
			t>2	P<0,05	
A-3 + Папил структуры	96 %	+18	3,2	+	N
A-3 + Скопл кл.пдэр РАК	95,5 %	+16	2,4	+	O
A-3 + Атипия	82 %	+9	2,8	+	P
A-3 + КС	40 %	-3	2,4	+	R
Аденоматоз	21 %	-8	7,1	+	S
A-3 + КС + Атип.	2,5 %	-22	3,6	+	T
A-3 + КОЛ + КС	2 %	-24	4,9	+	U
A-3 + КОЛ	1,5 %	-26	6,2	+	V

Предлагаемый в итоге работы лечебно-диагностический алгоритм предполагает выделение категории пациентов, с предположительным цитологическим результатом, групп высокого и низкого риска наличия у больного злокачественной опухоли.

Высокой степенью риска можно считать ДК > (+6), с относительной долей риска >70 %. К категории пациентов с уровнем риска от 70 % до 98 % могут быть отнесены обследованные больные, имеющие болезненный, плотный, солитарный узел, менее трех сантиметров в диаметре. При сонографии, у них определяется гипозоногенная природа узла, нечеткость контуров, деформация капсулы или её отсутствие, кальцинаты; с заключением цитолога,сторажающим в отношении рака: «аденоматоз с атипией отдельных скоплений», «аденоматоз в сочетании с папиллярными структурами или скоплениями клеток, подозрительными на злокачественные. Больным этой группы выполнение оперативного вмешательства, при отсутствии абсолютных противопоказаний, обязательно. При сочетании всех клинико-сонографических и цитологических критериев риск наличия у такого пациента злокачественной опухоли очень велик, по нашим данным > 98%.

К группе низкого риска (<30%) принадлежат пациенты с клинико-сонографическими и цитологическими признаками, значения ДК которых менее -4. При сочетании у больного признаков, имеющих низкие ДК, наличие карциномы практически исключено. Эти больные должны наблюдаться у эндокринолога, причем при лечении без риска может быть использована консервативная терапия с контрольным УЗИ каждые 1/2 года.

Выводы. Предлагаемый алгоритм позволяет, с одной стороны, позволить снизить количество оперативных вмешательств у больных с низкой степенью риска наличия злокачественной опухоли, с другой – уменьшить риск пропустить ее у больных с высокой степенью риска. Высокой степенью риска можно считать ДК >+6, с относительной долей риска >70%. Безусловно, эта цифра весьма значительна и сочетание физикальных, клинико-морфологических и сонографических признаков с долей риска 70% и более может служить надежным критерием в определении злокачественности новообразования.

Литература

1. *Валдина Е.А.* Заболевания щитовидной железы: рук.– СПб.: Питер, 2006.– 368 с.
2. *Шестериков А.С., Тимофеева Н.И.* Фолликулярная опухоль / Сб. тр. Рос. науч. конф. с междунар. участием, посв. 75-летию проф. Симбирцева С.А.– СПб, 2004 – С.156–159
3. *Шуцло М.Г.* Практическое руководство по ультразвуковой диагностике.– М.: Высш.шк.,1995.-Кн.1.- 238с.

УДК 618. 398: 618.73-06

ОСОБЕННОСТИ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОЛОКА ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

М.С. АСИЯТИЛОВА*

Лактация - это сложный нейрогормональный процесс, для регуляции которого необходима синхронная деятельность всех звеньев рефлекторной и эндокринной регуляции коры головного мозга, гипоталамуса, гипофиза, желез внутренней секреции, фето-плацентарного комплекса и молочной железы [1, 2, 5]. Грудное молоко является единственным надежным источником пищи для новорожденного. С молоком матери ребенок получает сбалансированный состав белков, жиров и углеводов; ферменты, которые способствуют наиболее полному и легкому их усвоению; витамины и минеральные вещества, в которых он нуждается, а также иммуноглобулины, лизоцим, лактоферрин, живые лейкоциты и лимфоциты, бифидумфактор и другие вещества высокой биологической сложности, выполняющие защитную и иммуномодулирующую функции [3]. Подготовка молочной железы к лактации начинается с начала беременности, поэтому характер лактационной функции неразрывно связан с особенностями течения беременности, родового акта, а также с ранними послеродовыми осложнениями [4]. Одной из причин, осложняющей физиологическое течение этих процессов, является переносная беременность [7]. Переносная беременность представляет научный и практический интерес.

Переносная беременность относится к группе высокого риска, так как течение гестации у этих женщин сопровождается значительным количеством осложнений. Наиболее характерными перинатальными осложнениями переносной беременности является мертворождение, асфиксия и родовая травма [6]. Заболеваемость переносных новорожденных составляет 290% [7]. Неблагоприятные перинатальные исходы определяются развитием морфо-функциональных изменений в фетоплацентарной системе, приводящих к гипоксии, которую переносный плод переносит значительно хуже, чем доношенный. Это связано с более высокой чувствительностью нервной системы переносного плода к недостатку кислорода; возрастает частота хронической и острой гипоксии плода, синдрома аспирации меконияльных вод. Гипоксия ведет к перинатальным повреждениям ЦНС, составляющим 60–80% всех заболеваний нервной системы детей. Высокая частота осложнений беременности и родов при перенашивании беременности обуславливает значительную неонатальную заболеваемость переносных новорожденных.

Цель исследования – изучение влияния перенашивания беременности на химический состав зрелого грудного молока.

Материалы и методы исследования. Обследованы женщины в периоды беременности и пуэрперия: проведен анализ соматической патологии, течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного, лактации. Изучен химический состав молока у 66 родильниц, родоразрешившихся от переносной беременности и распределенных в группы: 1 группа сравнения – 14 (21,2%) родильниц, у которых беременность осложнилась гестозом; 2 группа сравнения – 12 (27,3%) родильницы, у которых беременность осложнилась ЖДА; 3 группа (основная) – 34 (51,5%) родильниц с неосложненной переносной беременностью. Содержание общего белка, казеина и белков сыворотки молока определяли методом V.N. Lowry и соавт. (1951).

Для определения суммарного содержания аминокислот в молоке, белках казеина и сыворотке использовали метод Л.П.Алексеевко (1964). Содержание жира в молоке у кормящих матерей определяли в жирометре по стандарту ГОСТ 5867-51, общее содержание липидов с использованием тест-набора «Общие липиды» фирмы La Chema (Чехия) и их основных фракций: триглицеридов (тест-набор «Триглицериды» фирмы La Chema), фосфолипидов, холестерина. Для определения суммарного содержания углеводов использован метод титрования. Лактозу определяли рефрактометрически. Уровень микроэлементов и магния определяли методом атомной абсорбции на атомно-абсорбционном спектрофотометре «Хитачи-208», электролитов методом пламенной фотометрии на фотометре «Фляда-5». Содержание аскорбиновой кислоты определяли титрованием краской Тильмана, альфа-токоферола по методу Емелиной (1982) и витамина А – по Кар-Прайсу. Количественные показатели подвергнуты статистической обработке. Математическую обработку данных проводили на ЭВМ с использованием электронных таблиц программы «Excel» фирмы «Microsoft».

Результаты исследования. Молоко здоровых родильниц отличается высоким содержанием сывороточных белков (9,06±0,09 мг/мл) и сравнительно низким содержанием казеина (5,34±0,4 мг/мл). Изучение сывороточного белка в грудном молоке у родильниц с перенашиванием беременности показало его снижение по сравнению с родильницами без данной патологии – 9,06±0,09 против 8, 36 ± 0, 08 (p<0,05).

Таблица 1

Фракционное распределение сывороточных белков в женском молоке

Наименование компонентов	Контрольная группа n=20	Группа сравнения 1 n = 14	Группа сравнения 2 n = 12	Основная группа n = 34
Сывороточные белки (мг/мл)	9,06±0,09	8,01±0,06	7,99± 0,08	8,05±0,08
Фракции белков, %				
г- иммуноглобулины	48,97±3,21	41,86±2,8	40,37±2,6	78,6±2,2
б - лактоальбумины	36,60±3,64	21,54±1,42	24,37±2,18	7,6±1,8
в -лактоальбумины	11,65±1,21	10,51±1,18	9,12±1,02	10,8±1,1
Сывороточные альбумины	4,12±0,37	3,15±0,64	2,98±0,86	3,0±1,2

Как видно из представленных в табл.1 данных, соотношение сывороточных белков у родильниц с перенашиванием беременности нарушено, в 1,5 раза повышена концентрация иммуноглобулинов, достоверно (p<0,05) снижена концентрация сыво-

* НПЛ перинатальной медицины и репродуктологии ДНЦ РАМН, кафедра акушерства и гинекологии ФПО ДГМА