

в центральной нервной системе, так и на периферии, стимулирует секрецию катехоламинов в мозговом слое надпочечников. Поэтому ингибиторы АПФ вследствие снижения у больных с ХСН уровней адреналина, норадреналина, вазопрессина, повышения уровня брадикинина в плазме, ослабления вазоконстрикции и усиления выработки оксида азота вызывают регресс гипертрофии левого желудочка и улучшают исходно нарушенную функцию эндотелия [11].

Проблема лечения ХСН с сохранной ФВ ЛЖ до настоящего времени остается нерешенной. Предотвращение развития, устранение симптомов, замедление прогрессирования заболевания, улучшение качества жизни, уменьшение госпитализаций и улучшение прогноза – основные цели медикаментозной терапии ХСН [1]. Ингибиторы АПФ способны улучшать расслабление и растяжимость сердца, сбалансированно подавляют нейрогуморальную активацию и вызывают регресс гипертрофии левого желудочка у больных с ХСН. Отсюда можно сделать вывод, что ингибитор АПФ квинаприл может успешно применяться у больных с сохранной ФВ ЛЖ у пациентов с ХСН I ФК на фоне гипертонической болезни I–II стадий [9, 10].

ЛИТЕРАТУРА

1. Мареев В. Ю. Национальные клинические рекомендации / В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев, Г. П. Арутюнов и др. // Диагностика и лечение сердечной недостаточности. – 2008. – С. 162–163.
2. Покровский В. М. Формирование ритма сердца в организме человека и животных. – 2007. – С. 61–71.
3. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм: явление у человека, зависимость от свойств нервной системы и функциональных состояний организма / В. М. Покровский, Е. Г. Потягало, В. Г. Абушкевич и др. // Успехи физиологических наук. – 2003. – № 3. – С. – 68–77.
4. Покровский В. М. и др. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека / В. М. Покровский, В. В. Пономарев, В. В. Артюшков и др. Россия, патент № 86860, 2009 г.
5. Arnold J. M. O. Prevention of heart failure in patients in the Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) study / J. M. O. Arnold, S. Yusuf, J. Young et al. // Circulation. – 2003. – № 107. – P. 1284–1290.
6. Beckett N. S. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older / N. S. Beckett, R. Peters, A. E. Fletcher et al. // N Engl. J. Med. – 2008. – № 358. – P. 1887–1898.
7. Beynon J. H. An open, parallel group comparison of quinapril and captopril, when added to diuretic therapy, in the treatment of elderly patients with heart failure / J. H. Beynon, M. S. Pathy // Curr. Med. Res. Opin. – 1997. – № 13 (10). – P. 583–592.
8. Cleland J. G. The perindopril in elderly people with chronic heart failure (PEP-CHF) study / J. G. Cleland, M. Tendera, Adamus J. et al. // Eur. Heart J. – 2006. – № 27. – P. 2338–2345.
9. Dickstein K. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) / K. Dickstein, A. Cohen-Solal, G. Filippatos et al. // Eur. Heart J. – 2008. – № 29. – P. 2388–2442.
10. Hunt S. A. 2009 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation / S. A. Hunt, W. T. Abraham, M. H. Chin et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – № 53. – P. 1–90.
11. Lopez-Sendon J. Expert consensus document on angiotensin converting enzyme inhibitors in cardiovascular disease / J. Lopez-Sendon, K. Swedberg, J. J. McMurray et al. // The Task Force on ACE-inhibitors of the European Society of Cardiology. Eur. Heart J. – 2004. – № 25. – P. 1454–1470.
12. Massie B. M. Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction / B. M. Massie, P. E. Carson, J. J. McMurray et al. // N Engl. J. Med. – 2008. – № 359. – P. 2456–2467.
13. Pflugfelder P. W. Clinical consequences of angiotensin-converting enzyme inhibitor withdrawal in chronic heart failure: a double-blind, placebo-controlled study of quinapril / P. W. Pflugfelder, M. G. Baird, M. J. Tonkon et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 1993. – № 22 (6). – P. 1557–1563.
14. Yusuf S. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction: the CHARM-Preserved trial / S. Yusuf, M. A. Pfeffer, K. Swedberg et al. // Lancet. – 2003. – № 362. – P. 771–781.

Поступила 07.12.2009

А. В. ЦЫБУЛЬНИКОВ^{1, 2}, А. В. ПОМОРЦЕВ^{1, 2}, О. В. АСТАФЬЕВА¹

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Кафедра ультразвуковой диагностики факультета повышения квалификации
и постдипломной подготовки специалистов Кубанского государственного
медицинского университета,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²муниципальное учреждение здравоохранения городская больница № 2

Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения,

Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2. E-mail: allths@rambler.ru

Заболевания щитовидной железы не имеют строго специфических патогномоничных ультразвуковых признаков. Наиболее прогностически неблагоприятными изменениями являются: увеличение размеров патологического очага, изменения в регионарных лимфатических узлах, изоэхогенные узлы с нечеткими контурами или узлы с неоднородной эхо-структурой с гипозоногенным ободком по периферии.

Ключевые слова: щитовидная железа, быстрый рост, ультразвуковое исследование, изоэхогенные узлы, нечеткие контуры, лимфатические узлы, рак.

THE ROLE OF ULTRASOUND FOR EARLY DETECTION OF THE THYROID CANCER

¹Kuban state medical university, department of ultrasound diagnostics,
Russia, 350063, Krasnodar city, Sedin st., 4;²Municipal hospital number 2,
Russia, 350012, Krasnodar city, KrasnyKh psrtisan st., 6/2. E-mail: allths@rambler.ru

Diseases of the thyroid gland do not have strictly specific pathognomonic ultrasound signs. The most prognostically unfavorable changes are: increasing the size of the pathological area, changes in the regional lymph nodes, the nodes with fuzzy izoechogenic contours or nodes with inhomogeneous echo-structure with hypoechogenic rim at the periphery.

Key words: thyroid gland, rapid growth, ultrasound diagnostics, izoechogenic nodes, fuzzy contours, lymph nodes, cancer.

Актуальность исследования

Начиная с 40-х годов наблюдается неуклонный рост очаговых и диффузных заболеваний ЩЖ. На 1 млн. человек регистрируется до 50 новых случаев узлового зоба и 35–40 случаев дифференцированного рака, 10% из числа заболевших приходится на больных младше 21 года, при этом преобладают лица мужского пола. При небольших размерах узлов, наличии высокодифференцированных карцином и отсутствии метастазов выживаемость после хирургического лечения превышает 90% [1, 7].

В связи с этим остро стоит вопрос о ранней диагностике всех форм узловых образований ЩЖ. От квалификации и онкологической настороженности врача, к которому впервые обратился пациент, во многом зависят дальнейший алгоритм обследования и исход заболевания. Вместе с тем качество диагностики амбулаторного звена по-прежнему остаётся низким, несмотря на то что его основная задача – раннее выявление и профилактика болезней. Высоким остаётся процент больных раком щитовидной железы (41,6%), причиной которого являются диагностические и тактические ошибки врачей общей лечебной сети. Такими ошибками являются необоснованно длительное наблюдение (10,8%), консервативная эндокринологическая терапия (8,1%), а в 24,9% – неполноценное использование диагностических методов исследования (особенно игнорирование цитологического метода) и проведение нетрадиционных хирургических вмешательств как на самой ЩЖ, так и в зонах регионарного метастазирования [5, 6, 8, 9].

Последние десятилетия ознаменовались широким внедрением в клиническую практику современных инструментальных и лабораторных методов, позволяющих выделить весьма незначительные изменения в структуре и функции щитовидной железы на доклиническом этапе [5, 10].

В научных работах, посвященных проблемам патологии щитовидной железы, много внимания уделяется ультразвуковой диагностике. В основу данного метода положено определение объема щитовидной железы, оценки ее эхогенности и эхоструктуры, васкуляризации очаговых образований. Кроме того, особый акцент делается на тонкоигольную аспирационную биопсию очаговых образований (ТАПБ) с последующим цитологическим исследованием. Однако отсутствует единая точка зрения о целесообразности проведения тонкоигольной аспирационной биопсии при размерах образований менее 10–15 мм, считается невозможным качественный забор материала при столь «малых» размерах узлов [1, 9]. Однако использование ультра-

звукового метода в качестве «навигации» при пункции малых узлов значительно улучшает качество полученного материала.

Цель исследования – определить наиболее специфичные параметры ультразвукового исследования для раннего выявления рака щитовидной железы.

Материалы и методы исследования

Для определения диагностической ценности изученных параметров УЗ-исследований с учетом «шкалы демографических потерь» было обследовано 92 пациента, которые в зависимости от исхода заболевания ретроспективно были дифференцированы на 2 клинические группы:

I группа (n=56) – пациенты, подвергшиеся оперативному лечению по поводу узловых образований. Показаниями к оперативному лечению являлись: множественные узловые образования, рост образований, размеры одиночных узлов, превышающие 25 мм, сомнительные цитологические данные тонкоигольной аспирационной биопсии, не позволяющие окончательно исключить опухолевый рост, нарушение функции соседних органов, в том числе и органов средостения (нарушение актов глотания, затруднение дыхания), но без патологически измененных лимфоузлов.

II группа (n=36) – пациенты, подвергнутые оперативным вмешательствам по поводу различных форм рака ЩЖ. У 28 (77,8%) оперированных пациентов была гистоструктура папиллярного рака; у 6 (16,7%) – фолликулярного рака; у 2 (5,5%) – медуллярного рака. У 4 (11,0%) первичный очаг сочетался с изменениями в региональных лимфатических узлах.

Ретроспективный анализ историй болезней и амбулаторных карт осуществлен по результатам обращений во 2-ю многопрофильную больницу г. Краснодара, в том числе и здоровых лиц. Проводили оценку клинических признаков, лабораторные исследования, ультразвуковое исследование с проведением тонкоигольной аспирационной биопсии и цитологическим исследованием.

В ходе исследования выявлены различные варианты сочетаний патологических изменений. Наиболее распространённые: рак щитовидной железы (РЩЖ) на фоне узлового коллоидного зоба УКЗ (6,7%); РЩЖ в сочетании с аденомой (6%); аденомой на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита (ХАТ) (3,4%); аденомы на фоне УКЗ (3,4%); РЩЖ на фоне ХАТ (3,4%). Эхоэмиотика характера и объёма поражений при УКЗ и ХАТ рассматривалась в зависимости от стадии заболевания. При аденомах, РЩЖ и лимфопролиферативных

заболеваниях (ЛПЗ) проводилось сопоставление УЗ-данных с их морфологической формой. Одновременно с исследованием очаговых поражений ЩЖ оценивалось состояние регионарных лимфатических узлов, злокачественное поражение которых было обнаружено у 22,5% больных. В зависимости от патологии УЗ-мониторинг проводился ежегодно либо с интервалом в 6 месяцев с предварительной консультацией эндокринолога.

Всем больным при поступлении в клинику проводилось комплексное обследование, включающее тщательный сбор анамнестических данных и жалоб, клинический осмотр больного, пальпацию шеи (ЩЖ и регионарных лимфатических узлов). В семейном анамнезе уточнялось наличие опухолей щитовидной железы у родителей и у ближайших кровных родственников. Отдельно выделялись инфекционные заболевания, перенесенные в детстве, ранее перенесенные операции и гормонально детерминированные заболевания других органов. Инструментальный пул обследования помимо рутинных ЭКГ, рентгенологического исследования легких, УЗИ шеи с ТАПБ первичной опухоли и подозрительных на метастазы регионарных лимфатических узлов включал по показаниям компьютерную томографию средостения, фиброскопию пищевода и трахеи, радиоизотопное исследование. В обследовании пациентов принимали участие оториноларинголог, стоматолог, терапевт. В план лабораторных исследований включался общий и биохимический анализы крови, исследование гормонального тиреоидного статуса, общий анализ мочи. Для изучения возможности использования значимости опухолевых маркеров (ТКТ, РЭА) в дифференциальной диагностике РЩЖ и оценки распространенности опухолевого процесса был определен их уровень в сыворотке крови на дооперационном этапе. Полученные данные вносились в регистрационную карту.

Для скрининговых исследований, УЗИ с ЦДК и ЭДГ и проведения ТАПБ использовали ультразвуковые сканеры «Aloka-3500» и «Aloka-5500» с линейным мультимодальным трансдьюсером 7,5–10 МГц.

Ультразвуковое исследование с построением гистограм ткани и математической обработкой эхоплотности проводилось больным без предварительной подготовки на аппарате «Combison-530D» с применением мультимодального широкополосного датчика, работающего в диапазоне 7,5–10 МГц; на аппарате ACCUSON-125 XP/4 с применением механического секторального датчика с частотой 7 МГц.

Измерение объема долей ЩЖ осуществляли по формуле:

$V \text{ доли (см}^3\text{)} = A \times B \times C \times 0,523$, где А, В, С – продольный, горизонтальный и сагиттальный размеры доли.

Измерение объема узлов – по формуле эллипса вращения:

$V \text{ узла (см}^3\text{)} = \pi \times AB^2/6$, где А, В – линейные размеры узла в перпендикулярных плоскостях.

Оценка изображения в режиме серой шкалы проводилась по общепринятой методике. В узловых образованиях оценивали размеры, экзогенность, структуру, чёткость контуров, количество и расположение в щитовидной железе. Одновременно оценивалось состояние окружающих тканей, их топографо-анатомическое соотношение со ЩЖ. Система тканевой гармонии применялась у 48 больных и являлась дополнительным режимом серой шкалы, позволяющим наиболее чётко дифференцировать жидкостный компонент от гипозо-

генной солидной структуры, определить наличие или отсутствие кальцинатов в исследуемой зоне. Методика адаптивного колорайзинга применялась у 6 больных в сочетании с В-режимом при построении трёхмерного изображения в случаях недостаточно чёткой визуализации очагов.

Результаты собственных исследований

УЗИ при доброкачественных поражениях ЩЖ.

УЗ-изображение узловых образований, выявленных в клинических группах обследованных пациентов, встречалось в трёх различных вариантах, при которых характер и объём поражения ЩЖ соответствовали определённой стадии заболевания. Очаговые изменения в начальной стадии характеризовались наличием одного или нескольких неоднородных участков сниженной экзогенности на фоне неизменной тиреоидной ткани, увеличивающихся при динамическом наблюдении. Данные участки не расценивались нами как узел в связи с отсутствием их чёткой визуализации в различных сечениях. При более выраженных изменениях чётко дифференцировались узлы различной экзогенности и структуры, представленные как жидкостным, так и солидным компонентами, изображение которых менялось по мере их роста. Выраженные «псевдодиффузные» изменения, обусловленные длительностью течения УЗЗ, характеризовались наличием в обеих долях узлов без чётких контуров, сливающихся между собой, точные размеры и количество которых указать было невозможно.

За счёт неравномерного роста узлов размеры долей существенно отличались друг от друга, при этом перешеек, как правило, оставался нормальных размеров. При поперечном сканировании во всех случаях прослеживалась асимметричность долей. В 92,8% случаев на фоне общих изменений удавалось отследить участок нормальной тиреоидной ткани, размер которого напрямую зависел от длительности процесса. При исследовании в режиме Ц(Э)ДК фиксировались единичные цветные пятна, распределяющиеся хаотично и без каких-либо признаков структурной архитектоники.

Аденомы ЩЖ при УЗИ выглядели как овальные или круглые образования различных размеров, экзогенности и структуры, с чёткими ровными контурами. Визуализировать соединительно-тканную капсулу удавалось лишь в 69% случаев. В 85,7% случаев просматривался тонкий гипозоногенный ободок – «хало», соответствующий в режиме Ц(Э)ДК сосудистому перинодулярному кольцу. Отличительной чертой атипической аденомы являлась выраженная гиперваскуляризация, создающая эффект «горящего» узла при исследовании её в режиме Ц(Э)ДК. В режиме серой шкалы данный узел представлялся гипозоногенным образованием однородной структуры, преимущественно с чёткими, ровными контурами. Проведённый анализ показал, что для подавляющего большинства аденом характерен смешанный тип кровотока (95,2%) с повышенной васкуляризацией (97,6%).

УЗИ при злокачественных поражениях ЩЖ. Рак

щитовидной железы выявлен в 5 различных УЗ-вариантах. 1. «Классический» вариант выявлен в 49%. Представлен гипозоногенным образованием с нечётким, неровным контуром, в большинстве случаев с наличием микрокальцинатов. В 70% случаев встречался у больных с папиллярной, в 25,9% – со смешанной и в 3,7% – с медуллярной формами рака. 2. «Изоэкзоногенный»

вариант выявлен в 27,2% случаев и представлен изоэзогенным образованием со множественными микрокальцинатами. В 66,6% соответствовал папиллярному, в 33,3% – смешанному РЩЖ. 3. «Псевдокистозный» вариант (5,4%). Представлен крупной многокамерной кистой, с множественными утолщенными перегородками. Во всех случаях соответствовал папиллярному РЩЖ. 4. «Псевдоаденоматозный» вариант (10,9%). В режиме серой шкалы соответствовал атипической и микромакрофолликулярной (ММФА) аденомам и в равной степени встречался при папиллярном и медуллярном РЩЖ. 5. «Псевдотиреоидит» (3,6%). Данный вариант рака во всех случаях был представлен односторонним поражением. Характерные изменения делала УЗ-картину схожей с таковой при хроническом и остром тиреоидитах. Во всех случаях соответствовал недифференцированному РЩЖ. В 3,6% случаев карцинома обнаруживалась в узлах без каких-либо УЗ-признаков злокачественности.

В режиме ЦЭДК злокачественные узлы характеризовались интранодулярным типом кровотока (94%); интенсивность кровоснабжения образования не всегда зависела от его размеров, в узлах «аденоматозного» типа симптом «хало» оказывался ложным; при ТМР имела место патологическая ангиоархитектоника, при этом в 98% случаев присутствовал приносящий артериальный сосуд.

Рецидивы РЩЖ определялись в виде изо- и гипозоногенных участков различных размеров и формы, с нечёткими, неровными контурами, которые при УЗИ обнаруживались в проекции удалённой ЩЖ, пирамидной доли или в области перешейка.

Изменение структуры лимфатических узлов при их злокачественном поражении встречалось в 4 различных УЗ-вариантах. Первый вариант не отличался от метастатического поражения лимфатических узлов, встречающихся в большинстве случаев при онкологических заболеваниях других органов и тканей. По данным УЗИ они выглядели как гипозоногенные образования шаровидной формы с чёткими, ровными контурами. Внутренняя анатомическая структура при этом не прослеживалась. Характерной особенностью лимфатических узлов второй группы являлось присутствие в них жидкостного анэзоногенного компонента. Третий вариант был представлен изоэзоногенными лимфатическими узлами, с нарушением дифференцировки. Четвёртый отличался наличием кальцинатов. В режиме ЦЭДК отмечалось преобладание интранодулярного типа кровотока с различной степенью васкуляризации.

Таким образом, визуализация изоэзоногенных лимфатических узлов с полостями и кальцинатами практически безошибочно позволяла предположить злокачественное поражение ЩЖ.

Отмечено, что метастазирование в лимфатические узлы при РЩЖ в первую очередь зависело от места расположения первичного очага, при этом размеры его особой роли не играли. При локализации процесса в верхних и средних сегментах доли преимущественно поражалась шейная группа лимфатических узлов с соответствующей стороны. Распространение на противоположную сторону наблюдалось при локализации процесса в нижних сегментах или в перешейке. При ЛПЗ помимо регионарных шейных изменёнными оказывались паратрахеальные и забрюшинные лимфатические узлы. Проведённое исследование показало, что ни для одного из злокачественных заболеваний пораже-

ние лимфатических узлов не являлось типичным признаком. При рецидивах РЩЖ они встречались в 66,7%, при ЛПЗ – в 50%, а частота их выявления при раке не превышала 18%.

Заключение

Таким образом, заболевания ЩЖ не отличаются строгой специфичностью патогномоничных признаков, и дифференциальная диагностика их в режиме серой шкалы в некоторых случаях представляет определённые трудности.

УЗ-картина начальных проявлений РЩЖ, УКЗ и ЛПЗ практически идентична и представлена наличием гипозоногенных участков неправильной формы. В случае неинформативности ТАПБ ведущей тактикой в постановке правильного диагноза у этой группы больных являлся УЗ-мониторинг. При всех заболеваниях, кроме РЩЖ (исключая недифференцированную форму), в различные промежутки времени отмечалось увеличение размеров патологических участков. УКЗ характеризовался тенденцией к узлообразованию, ЛПЗ – значительным объёмом поражения. В стадии выраженных изменений идентичные УЗ-изображения имели НРЩЖ, тиреоидиты и ЛПЗ. Отличить данные заболевания с помощью УЗИ не представлялось возможным. Исключение составила диффузная форма ХАТ, при которой в отличие от злокачественного процесса всегда были изменены обе доли ЩЖ, что и являлось основным критерием дифференциации. По мере проводимого лечения положительная клиническая и ультразвуковая динамика тиреоидитов и ЛПЗ являлась их отличительным признаком от НРЩЖ. Нередко при выраженном процессе была затруднительна УЗ-диагностика ХАТ, УКЗ и множественных аденом ЩЖ. При этом УКЗ отличался наличием неизменённого участка тиреоидной ткани, выраженной асимметрией размеров долей при нормальных размерах перешейка и отсутствием характерной для ХАТ гиперваскуляризации. Аденомы характеризовались наличием множественных «хало». Однако в связи с частым обнаружением аденом на фоне УКЗ даже хорошая визуализация данного признака не позволяла исключить сочетанную патологию.

Дифференциальная диагностика раковых узлов «псевдоаденоматозного» типа с различными морфологическими видами аденом в режиме серой шкалы также представляла определённые трудности. Атипическая аденома часто соответствовала медуллярному раку, при этом отличалась более чёткими контурами и выраженной гиперваскуляризацией в режиме Ц(Э)ДК. ММФА соответствовала папиллярному либо смешанному РЩЖ. Оба образования выглядели как изоэзоногенные узлы неоднородной структуры с гипозоногенным ободком по периферии, который в случаях рака выглядел грубее и толще, в отличие от аденом не имел отображения в режиме Ц(Э)ДК и расценивался как «ложное хало».

Дифференциальная диагностика узлов различной морфологической природы, в составе которых присутствовал жидкостный компонент, основывалась на различиях их внутренней структуры. «Раковые кисты» характеризовались наличием в их просвете множественных утолщённых перегородок, за счёт которых данное образование выглядело многокамерным, ячеистой структуры, с толстой гиперэзоногенной капсулой. Доброкачественная киста отличалась чётким, ровным контуром, тонкими стенками и единичными тонкими

перегородками. В случаях аденомы всегда прослеживалась чёткая капсула, при этом отмечалось преобладание солидного компонента, а при исследовании в режиме Ц(Э)ДК в 85,7% случаев визуализировался признак «хало». УЗ-изображение коллоидных узлов менялось при динамическом наблюдении за ними.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евдокимова Е. Ю., Жестовская С. И. Ультразвуковая диагностика очаговых образований щитовидной железы с помощью тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвука // Материалы 5-го съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. – М., 2007. – С. 170.
2. Кожанов Л. Г., Трошина Е. А. Материалы московской городской конференции эндокринологов // <http://www.clinfarma.com/library/zob/zob> – 2008.
3. Ольшанский В. О., Демидов В. П., Воронцов И. Б. Рак щитовидной железы // Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями: Руководство для врачей / Под редакцией В. И. Чиссова. – М., 1989.
4. Пачес А. И., Пропп Р. М. Рак щитовидной железы. – М., 1995. – С. 79–97.

5. Припачкина А. П. Возможности ультразвукового метода исследования в диагностике опухолей щитовидной железы: Дис. канд. мед. наук. – М., 1997. – 167 с.
6. Райхлин Н. Т., Кветной И. М., Осадчук М. А. APUD – система (общепатологические и онкологические аспекты). – Обнинск, 1993.
7. Сергеев С. А., Кожанов Л. Г., Дарьялова С. Л. Множественная эндокринная неоплазия // Российский онкологический журнал. – 1996. – № 3. – С. 46–47.
8. Чиссов В. И., Старинский В. В. Состояние онкологической помощи населению России в 1999 году. – М.: «Ранко-пресс», 2000. – 176 с.
9. Berndt I., Reuter M., Saller B. et al. A new hot spot for mutations in the ret protooncogene causing familial medullary thyroid carcinoma and multiple endocrine neoplasia type 2 A. // Journal of clinical endocrinology and metabolism. – 1998. – Vol. 83. № 12. – P. 4310–4313.
10. Schlumberger M. Familial medullary thyroid carcinoma // Thyroid international. – 2000. – Vol. 4. – P. 3–8.

Поступила 23.12.2009

А. Г. ХИТАРЬЯН, С. А. КОВАЛЕВ

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный
Северо-Кавказской железной дороги,
Россия, 344011, г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 92а,
тел. 8-918-55-37-238. E-mail: koseal@mail.ru*

На основе клинко-инструментального исследования 348 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы было доказано, что при лапароскопической коррекции грыж наибольшее влияние на развитие рецидивов в отдаленные послеоперационные сроки оказывают размеры хиатального отверстия и высокая сила натяжения ножек диафрагмы. При хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы для предотвращения рецидивов и выполнения диафрагмокруропластики без натяжения необходимо использовать сетчатые эксплантаты.

Ключевые слова: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая коррекция, сетчатый эксплантат.

A. G. KHITARYAN, S. A. KOVALEV

PROPHYLAXIS OF DEVELOPMENT OF RELAPSES AND COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC OPERATIONS OF HERNIAS ESOPHAGEAL APERTURES OF A DIAPHRAGM

*Railway clinical hospital on the railway station Rostov-Mail Station North Caucasus Railway,
Russia, 344011, Rostov-on-Don, st. Varfolomeeva, 92a,
tel. 8-918-55-37-238. E-mail: koseal@mail.ru*

On the basis of clinical research of 348 patients with esophageal hernias apertures of a diaphragm it has been proved, that at laparoscopic the greatest influence on development of complications and relapses of the postoperative period the aperture, the complicated current of a hernia, high force of a tension of legs of a diaphragm and presence cardiofundal or paraesophageal render correction of hernias wide hiatal forms of a hernia. At surgical treatment of hernias esophageal apertures of a diaphragm for prevention of relapses and performance diaphragmocruroplasty without a tension are necessary for using prolene mesh.

Key words: hernias esophageal apertures of a diaphragm, laparoscopic correction, diaphragmocruroplasty, prolene mesh.

Введение

Важным моментом хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является адекватная диафрагмокрурорафия и диафрагмокру-

ропластика [5]. В многочисленных клинических исследованиях было установлено, что встречаемость рецидивов после хирургического лечения ГПОД составляет от 3% до 12%, а в группе пациентов с кардиальными и