

нормы до и после коррекции QT. ЭхоКГ — без патологии, фракция выброса 65%. На УЗИ — печень +3,5 выходит из-под края реберной дуги (косой восходящий размер 14,3 см), однородная, нормальной эхогенности, сосудистый рисунок нормальный, диаметр воротной вены 0,85 см. Жёлчные протоки не расширены, отмечается увеличение левой доли печени + 3 см из-под края реберной дуги. Селезёнка не изменена. В правой подвздошной области визуализируется измененная часть восходящего отдела толстой кишки, слепая и часть тощей кишки с утолщенными инфильтрированными стенками до 0,6 см, просвет сжавшийся. Также в данной области визуализируются измененная брыжейка с множественными лимфоузлами, расширенными извитыми сосудами. На МСКТ грудной клетки — слева в 10 сегменте на месте ранее описанной зоны инфильтрации, выявляется участок фиброза, неправильной формы размерами 6,7х5,5 мм. В субплевральных отделах I-го сегмента правого легкого прослеживаются очаги фиброза, клиновидной формы, размерами до 3 мм, в ½ сегменте левого легкого визуализируется очаг около 2,5 мм в диаметре. Бронхи с обеих сторон обычного калибра с ровными контурами, прослеживаются до субсегментов. Плевра не изменена. Содержимого в плевральных полостях нет, содержимого в полости перикарда не выявлено. Соотношение анатомических структур органов средостения не выявлено. Медиастинальная клетчатка умеренно уплотнена. На фоне внутривенного усиления в полости правого предсердия прослеживается гиподенсивное образование, плотностью около 28 HU, размерами 27х13х19,8. Других полостей патологического накопления контраста не выявлено. Заключение: картина локального пневмофиброза в I сегменте справа и I, II, X сегментах слева. МРТ головного мозга — очаговой патологии не выявлено.

24.09.10 — проведена биопсия объемного образования правой голени. Участок кожи с пигмен-

тированным пятном синюшного цвета в центре. Патологогистологическое заключение №76019-76026: фрагмент кожи с наличием в подкожной клетчатке инфильтрата представленного преимущественно гистиоцитами с примесью лимфоцитов многоядерных клеток, макрофагов с пенистой цитоплазмой, замещающей жировые клетки, скоплением сегментоядерных нейтрофилов с рексисом клеток. Заключение: подобная картина наиболее характерна для узлового рецидивного ненагнаивающегося паникулита.

Учитывая сохраняющуюся лихорадку, появление новых подкожных образований на фоне проведенной химиотерапии и антибактериальной, противогрибковой, противовирусной терапии, гистологически подтвержденный диагноз паникулита, консилиумом принято решение о пульс-терапии метилпреднизолоном 30 мг/кг — по 500 мг в сутки — 3 дня. В 1-е сутки отмечается выраженная положительная динамика — нормализация температуры, уменьшение болезненности подкожных образований и их размеров. Девочка получает преднизолон 10 мг в сутки и фоне химиотерапии консолидации и поддерживающей химиотерапии в течение 7 мес. При попытках снижения дозы гормонов до 2,5 мг появляется гипертермия и покраснение рубцов на месте старых образований.

В настоящее время девочка в ремиссии. Постоянно получает меркаптопурин 50 мг/м<sup>2</sup>, цитарабин 40 мг/м<sup>2</sup> 4 дня в 28 дней подкожно, преднизолон 10 мг в сутки. На плечах и голени небольшие рубцы и участки пигментации в местах бывших подкожных образований.

Таким образом, в нашем наблюдении имел место случай паникулита Вебера-Крисчена у девочки на фоне острого миелобластного лейкоза, сочетающейся с гепатоспленомегалией, протоковыми изменениями в печени, диффузными изменениями в паренхиме печени, мезентеритом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беренбейн Б.А., Студиницин А.А. и др. Дифференциальная диагностика кожных болезней/ Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студиницина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1989. — 672с.
2. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы: Справочник по диагностике и лечению дерматозов. — Пермь, 2000. — 699с.

3. Прохоренков В.И., Гузей Т.Н., Гасич Н.А. и др. Случай паникулита Вебера-Крисчена у ребенка раннего возраста // Вестник дерматологии и венерологии. — 2004. — №2. — С. 58-59.
4. Попов И.В., Быстров А.В., Гамаюнов Б.Н., Сучкова Т.Н. Паникулит Пфейфера-Вебера-Крисчена (Клиническое наблюдение). // Детская больница. — 2010. — №1(39). — С.38-40.

**Информация об авторах:** 664022, г. Иркутск, б. Гагарина, 4, e-mail: olgatolirk@yandex.ru,

Ольга Петровна Толмачева — врач-гематолог, Умнова Светлана Юрьевна — заведующая отделением,

Урсуленко Елена Владимировна — врач-гематолог,

Наталья Николаевна Мартынович — д.м.н., проф., заведующий кафедрой, 664003, г. Иркутск, ул.Красного Восстания, 1, e-mail: mn-07@bk.ru, Кикина Елена Игоревна — врач-патологоанатом.

© ДЭЛГЭРЭХ Ц., ГОНЧИГСҮРЭН Д., ЛХАГВАСҮРЭН Ц. — 2012

УДК: 616.441-073.432.19-079.4

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цэнд Дэлгэрэх<sup>1</sup>, Д.Гончигсүрэн<sup>1</sup>, Ц.Лхагвасүрэн<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Национальный государственный онкологический центр, глав. врач — Л.Тумурбаатар; <sup>2</sup>Монгольский Государственный Медицинский Университет, ректор — акад. к.н., проф. Ц.Лхагвасүрэн, Улан-Батор, Монголия)

**Резюме.** В 2007-2009 гг. в Национальном онкологическом центре Монголии обследовано 225 больных (в возрасте от 9 до 79 лет) с патологией щитовидной железы, из которых рак щитовидной железы обнаружен у 147 человек, рецидив рака — у 30 чел. В большинстве случаев при морфологическом исследовании обнаружен высокодифференцированный (90,4%), папиллярный (60,5%) рак. Основными ультразвуковыми признаками при раке щитовидной железы были: отсутствие ограничительного ободка (90,3%), неомогенность эхоструктуры (86,9%), пониженная эхогенность (83,5%), неровный край (71,7), нечеткие контуры (68,3%), усиленная васкуляризация (65%) органа. При рецидиве опухоли выявлялись: отсутствие ограничительного ободка (95,5%), нечеткий контур (95,5%), гипоэхогенность (86,4%), неоднородность эхоструктуры (86,4%), неправильная форма (59,1%) железы.

**Ключевые слова:** Рак щитовидной железы, рецидив опухоли, ультразвуковое исследование.

## ULTRASOUND DIAGNOSIS OF THYROID CANCER

Delgerekh Ts.<sup>1</sup>, Gonchigsuren D.<sup>2</sup>, Lkhagvasuren Ts.<sup>2</sup>

(National Cancer Centre of Mongolia, Mongolian State Medical University, Ulaanbaatar, Mongolia)

**Summary.** In the period from 2007 to 2009 years in the National Cancer Center of Mongolia there have been examined 225 patients (aged from 9 to 79 years) with thyroid cancer, thyroid cancer was revealed in 147 patients, relapse of cancer was diagnosed in 30 patients. In most cases, the morphological study revealed highly differentiated (90,4%), papillary (60,5%) cancer. The main ultrasound signs of thyroid cancer were: the lack of restrictive rim (90,3%), echostructure inhomogeneity (86,9%), decreased echogenicity (83,5%), uneven edge (71,7%), fuzzy contours (68,3%), enhanced angiogenesis (65%) of the body. In case of tumor recurrence there was identified: the lack of restrictive rim (95,5%), indistinct contour (95,5%), hypoechogenicity (86,4%), heterogeneity of echostructure (86,4%), irregular shape (59,1%) cancer.

**Key words:** Thyroid cancer, tumor recurrence, an ultrasound.

По данным ВОЗ патология щитовидной железы (ЩЖ) встречается у 8-18% населения земного шара, то есть у 1,5 млрд. человек. Среди эндокринной патологии, болезни ЩЖ занимают второе место после сахарного диабета [2]. Рак ЩЖ составляет 1,47% всех раков и является наиболее распространенной формой злокачественных новообразований эндокринной системы, опухоли ЩЖ встречаются, в основном, среди женщин 40-55 лет [3, 4].

В Монголии повышается заболеваемость опухолями ЩЖ, которые, диагностируются преимущественно на поздней стадии. Поэтому важно изучение ранних диагностических и дифференциально-диагностических признаков опухолей ЩЖ. В Национальном онкологическом центре Монголии только в 2004-2009 гг. прошли лечение по поводу злокачественных опухолей ЩЖ 180 пациентов.

Целью исследования было изучение ультразвуковых признаков доброкачественных и злокачественных и опухолей ЩЖ, в том числе рецидивирующих, в сопоставлении с результатами морфологического исследования.

## Материалы и методы

В Национальном онкологическом центре Монголии в 2007-2009 гг. обследовано 225 больных в возрасте от 9 до 79 лет с патологией ЩЖ. Все больные были оперированы с исследованием операционного материала. До операции у 186 (82,7%) пациентов было проведено цитологическое и гистологическое исследование ткани ЩЖ, полученной путем прокола тонкой иглой под ультразвуковым контролем.

Ультразвуковое исследование, в том числе цветное доплеровское картирование, проводили на стационарных и переносных аппаратах «Hitachi», «Aloka» (Япония), и «Medison» (Южная Корея) с использованием линейных и конвексных ультразвуковых датчиков с частотой 5-7,5МГц.

Для статистической обработки результатов использовали программу SPSS-12. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез  $p=0,05$  [1].

## Результаты и обсуждение

При обследовании 225 пациентов установлен диагноз: диффузно-узловая форма аутоиммунного тиреоидита — у 24 чел, аденома ЩЖ — у 24 чел., рак ЩЖ — у 147 чел., рецидив опухоли ЩЖ — у 30 чел.

Среди больных раком ЩЖ преимущественно были женщины (131 чел. — 89,1%), в возрасте 41-45 лет.

У больных раком ЩЖ чаще обнаруживали единственный очаг (43,4%), расположенный в правой доле железы (36,5%). При цитологическом и гистологическом исследованиях у больных раком ЩЖ выявлен папиллярный рак — у 89 (61%) человек, фолликулярный рак — у 44 (30%), медулярный рак — у 5 (3,4%), недифференцированный рак — у 9 (6,1%).

В таблице 1 представлены результаты ультразвукового исследования у 225 больных с опухолевыми и неопухолевыми заболеваниями ЩЖ.

При анализе результатов ультразвукового исследования ЩЖ при аденоме железы, аутоиммунном тиреоидите и раке ЩЖ выявлено, что при злокачественной опухоли органа ультразвуковыми признаками патологии были: отсутствие ограничительного ободка (90,4%), гипоехогенность очага (83,5%), неровная поверхность (82,1%), нечеткий контур (71,7%), неправильная форма (68,3%), наличие кальцинатов (24,8%), кистозных образований (36,6%), одно- или двусторонних метастазов в лимфатические узлы (10,2%). Сочетание трех и более из перечисленных признаков обнаружено в 80% случаев рака ЩЖ.

При цветном доплеровском картировании у больных злокачественной опухолью выявлены три варианта васкуляризации щитовидной железы. В большинстве случаев васкуляризация опухолевого очага была

Таблица 1

Ультразвуковые признаки при аденоме щитовидной железы (АЩЖ), аутоиммунном тиреоидите (АИТ) и раке щитовидной железы (РЩЖ)

| УЗ-признаки                        | АЩЖ |      | АИТ |      | РЩЖ |       |
|------------------------------------|-----|------|-----|------|-----|-------|
|                                    | n   | %    | n   | %    | n   | %     |
| Форма:                             |     |      |     |      |     |       |
| - шаровидная                       | 10  | 41,7 | 15  | 62,5 | 20  | 13,8  |
| - овальная                         | 12  | 50,0 | 5   | 20,8 | 26  | 17,9  |
| - неправильная                     | 2   | 8,3  | 4   | 16,7 | 99  | 68,3  |
| Границы:                           |     |      |     |      |     |       |
| - ровная                           | 20  | 83,3 | 21  | 87,5 | 26  | 17,9  |
| - неровная                         | 4   | 16,7 | 3   | 12,5 | 119 | 82,1  |
| Контур:                            |     |      |     |      |     |       |
| - четкие                           | 22  | 91,7 | 19  | 79,2 | 41  | 28,3  |
| - нечеткие                         | 2   | 8,3  | 5   | 20,8 | 101 | 71,7  |
| Ограничительный ободок:            |     |      |     |      |     |       |
| - есть                             | 20  | 83,3 | 7   | 29,2 | 14  | 9,65  |
| - нет                              | 4   | 16,7 | 17  | 70,8 | 131 | 90,35 |
| Эхогенность:                       |     |      |     |      |     |       |
| - гипо-                            | 4   | 16,7 | 10  | 41,6 | 121 | 83,45 |
| - гипер-                           | 9   | 37,5 | 7   | 29,2 | 7   | 4,82  |
| - изо-                             | 11  | 45,8 | 7   | 29,2 | 17  | 11,73 |
| Эхоструктура:                      |     |      |     |      |     |       |
| - однородная                       | 11  | 45,8 | 11  | 45,8 | 19  | 13,1  |
| - неоднородная                     | 13  | 54,2 | 13  | 54,2 | 126 | 86,9  |
| Кальцины:                          |     |      |     |      |     |       |
| - есть                             | 2   | 8,3  | 3   | 12,5 | 36  | 24,8  |
| - нет                              | 22  | 91,7 | 21  | 87,5 | 109 | 75,2  |
| Кистозный компонент:               |     |      |     |      |     |       |
| - есть                             | 4   | 16,7 | 5   | 20,8 | 53  | 36,55 |
| - нет                              | 20  | 83,3 | 19  | 79,2 | 92  | 63,45 |
| Дорзальное усиление эхосигнала:    |     |      |     |      |     |       |
| - есть                             | 19  | 79,2 | 3   | 12,5 | 42  | 29,0  |
| - нет                              | 5   | 20,8 | 21  | 87,5 | 103 | 71,0  |
| Дорзальное ослабление эхосигнала:  |     |      |     |      |     |       |
| - есть                             | -   | -    | 7   | 29,2 | 10  | 6,9   |
| - нет                              | 24  | 100  | 17  | 70,8 | 135 | 93,1  |
| Метастазы:                         |     |      |     |      |     |       |
| - односторонние лимфатические узлы | -   | -    | -   | -    | 15  | 10,4  |
| - двусторонние лимфатические узлы  | -   | -    | -   | -    | 2   | 1,4   |

увеличена (65%), реже — уменьшена (27,5%) или отсутствовала (7,5%). При этом опухолевый узел размером до 0,8 см не имел васкуляризации в 98%; размером от 0,8 до 3,0 см был мало васкуляризован в 92%; а при величине более 3,0 см васкуляризация была увеличенной в 99% случаев.

У пациентов с рецидивом опухоли ЩЖ чаще всего обнаруживался единственный узел (72,7%), размером 1-3 см (77,2%), в правой доле ЩЖ (59,1%). При этом выявлялись следующие ультразвуковые признаки: отсутствие ограничительного ободка — у 21 (95,5%) человека, нечеткий контур — у 21 (95,5%), гипозоногенность — у 19 (86,4%), неоднородность эхоструктуры — у 19 (86,4%), неправильная форма — у 13 (59,1%).

Результаты наших исследований по основным положениям соответствуют данным других авторов. Так, о преобладании женщин среди больных раком ЩЖ сообщали С.Б. Пинский и соавт. (1999) и другие исследователи [2,5]. Разные авторы указывали на то, что среди больных раком ЩЖ наибольшее число составляли лица в возрасте от 40 до 50-55 лет [2,5].

Разными исследователями отмечалось преоблада-

ние высококодифференцированного рака ЩЖ в морфологической структуре опухолей ЩЖ [2,5,6].

Аналогичные ультразвуковые признаки рака ЩЖ: отсутствие ограничительного ободка, гипозоногенность, неровная поверхность, нечеткий контур, неправильная форма, наличие кистозного компонента, увеличение васкуляризации, метастатическое поражение лимфатических узлов, выявляемые с неодинаковой частотой, описывались разными авторами [3,4,6].

Таким образом, ультразвуковое исследование ЩЖ имеет ведущее значение в скрининге доброкачественных и злокачественных опухолевых образований органа. Сочетание трех и более ультразвуковых признаков с увеличением регионарных лимфатических узлов, с высокой степенью вероятности указывают на злокачественную форму опухоли ЩЖ. Чувствительность ультразвукового исследования в вероятностной диагностике рака ЩЖ составила 85,3%, специфичность — 75,3%, диагностическая точность — 74,2%. Ультразвуковое исследование при регулярном его проведении в послеоперационном периоде может быть надежным средством контроля над возникновением рецидива рака ЩЖ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины». // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76. №1. — С. 5-8.
2. Пинский С.В., Дворниченко В.В., Белобородов В.А. Опухоли щитовидной железы. — Иркутск, 1999. — 320 с.
3. Цыб А.Ф., Паршин В.С., Нестайко Г.В. и др. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. — М., 1997. — 332 с.

4. Khurana K., Richards V., Chopra P., et al. The role of ultrasonography-guided fine-needle aspiration biopsy in the management of nonpalpable and palpable thyroid nodules. // Thyroid. — 1998. — V.8 (6). — P. 511-512.

5. Norman J. Thyroid Cancer <http://www.thyroidcancer/endocrineweb.com>

6. Eun-Kyung K. Sonographic Diagnosis of Thyroid Mass with Pathologic Correlation // Abstract from the 8<sup>th</sup> Congress AFSUMB Thailand. — Bangkok, 2007. — P.86.

**Информация об авторе:** Цэнд Дэлгэрэх — врач ультразвуковой диагностики, e-mail: delgerekht@yahoo.com, телефон: 976-99116938. Почтовый адрес: Nam Yng Zhu Street, Bayanzurk District, 48, Ulaanbaatar, Mongolia, 210648.

© ЛЕУШИНА Е.А., СИМОНОВА О.В. — 2012  
УДК 616-002.77

## ПРИМЕНЕНИЕ ДИАЦЕРЕИНА У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

Елена Александровна Леушина, Ольга Викторовна Симонова  
(Кировская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.В. Шешунов;  
кафедра госпитальной терапии, зав. кафедрой — д.м.н., проф. Б.Ф. Немцов)

**Резюме.** С целью оценки клинической эффективности диацереина у 80 больных гонартрозом участники исследования разделены на 2 группы: 60 больных (I группа) получала диацереин в дозе 50 мг 2 раза в сутки и ацеклофенак 200 мг/сутки, 20 больных (II группа) — ацеклофенак 200 мг/сутки. К 16 неделе терапии боль в суставах и значения уменьшилась у всех больных ( $p < 0,05$ ), но у больных I-й группы показатели были значительно ниже. Статистически значимое уменьшение скованности ( $p < 0,001$ ), индекса Лекена ( $p < 0,001$ ) наблюдалось только в I-й группе. По критериям OMERACT-OARSI улучшение наблюдалось у 89,4% пациентов I группы и у 10,6% II группы ( $\chi^2 = 10,35$ ;  $p = 0,001$ ).

**Ключевые слова:** остеоартроз, гонартроз, ацеклофенак, диацереин.

## USE OF DIACERHEIN IN PATIENTS WITH GONARTHRISIS

E.A. Leushina, O.V. Simonova  
(Kirov State Medical Academy)

**Summary. Objectives:** The purpose of the study was to investigate clinical efficacy of diacerhein in patients with gonarthrosis. **Materials and methods.** 80 patients with diagnosis of gonarthrosis were studied. 60 patients (I group) received diacerhein in a dose of 50 mg 2 times a day and aceclofenac 200 mg/day, 20 patients (II group) — aceclofenac 200 mg/day. **Results.** After 16 week of therapy, the decrease of joint pain was observed in all patients ( $p < 0,05$ ), but indexes, in patients I group, were lower ( $p < 0,001$ ). Significant reduction in joint stiffness ( $p < 0,001$ ), decrease indexes Lequesne ( $p < 0,001$ ) was observed in I group only. According to the criteria OMERACT-OARSI improvement was observed at 89,4 % in patients of I group and at 10,6 % in patients of II group ( $\chi^2 = 10,35$ ;  $p = 0,001$ ).

**Key words:** osteoarthritis, gonarthrosis, diacerhein, aceclofenac.

Остеоартроз (ОА) является одним из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата, особенно у лиц старшей возрастной группы

[2]. Поздняя диагностика и малоэффективная терапия приводят к снижению качества жизни больных ОА, росту временной нетрудоспособности и ранней инвали-