

проведение ЭДА, кесарева сечения также преобладали в I группе 9%. Сопоставимыми оказались в обеих группах наличие ФПН, многоводие, характер вод, наличие крупного плода, эпизиотомия, травмы мягких тканей родовых путей.

В табл. 3 представлены статистически значимые показатели для обеих групп исследования.

Таким образом, среди рожениц с Т-образным зевом шейки матки при ультразвуковом исследовании преобладали первобеременные и первородящие; применение ЭА в родах; наличие незрелой шейки матки при бимануальном исследовании; частое возникновение аномалий родовой деятельности; длительный безводный промежуток; проведение родоусиления; высокая частота кесаревых сечений.

Таким образом, в нашем исследовании было установлено, что оценка формы шейки матки может использоваться как непрямой индикатор ее готовности. Т-образная форма внутреннего зева шейки матки являлась прогностически «неблагоприятной» для течения и исхода родов при преждевременном излитии околоплодных вод, протекающими с более частыми осложнениями и приводящими к оперативному вмешательству. Практически в половине случаев при выявлении данной формы внутреннего зева требовалось родоусиление. Кроме того, «незрелая» шейка матки по шкале Бишоп имела место только в 21% при Т-образной форме внутреннего зева шейки матки, что, возможно, объясняется субъективной оценкой бимануального исследования. Длительный безводный промежуток довольно часто сопровождается преждевременным излитием околоплодных вод, увеличивая возможность инфицирования плода и матери [4]. В нашем исследовании данный параметр встречался в 2 раза чаще у рожениц с Т-образной формой внутреннего зева.

Группами риска для формирования Т-образной формы внутреннего зева шейки матки являются первобеременные и первородящие.

Выводы. Трансвагинальное сканирование внутреннего зева шейки матки зарекомендовало себя как быстрый и безопасный метод для выявления жен-

щин, относящихся к группе риска по развитию осложнений в родах при дородовым излитием околоплодных. Наличие Т-образной формы внутреннего зева шейки матки у рожениц с преждевременным разрывом плодных оболочек при ультразвуковом исследовании определяет тактику ведения родов – раннее индуцирование родов.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян [и др.] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 200 с.
2. Волков, В.Г. Современные подходы к прогнозированию возникновения преждевременных родов / В.Г. Волков, Ф.Я. Заикина, С.В. Кулыгина // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т.16. – № 4. – С.112–113.
3. Козловская, И.А. Особенности клинического течения срочных родов при преждевременном излитии околоплодных вод. Автореферат дисс...кандидата медицинских наук / И.А. Козловская. – Иркутск, 2009. – 21 с.
4. Мартыненко, П.Г. Клиническая эффективность скрининга состояния шейки матки для предупреждения спонтанных преждевременных родов / П.Г. Мартыненко, В.Г. Волков, Ф.Я. Заикина // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т.18. – № 1. – С. 46–47.
5. Радзинский, В.Е. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Информационное письмо / В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц. – М.: Медиабюро StatusPraesens, 2011. – 20 с.
6. Тоноян, Л.А. Акушерская тактика при преждевременном излитии околоплодных вод / Л.А. Тоноян // Журнал РОАГ. – 2009. – №1. – С. 18–22.
7. Tan, P.C. Predictors of newborn admission after labour induction at term: Bishop score, pre-induction ultrasonography and clinical risk factors / P.C. Tan, S. Suguna, N. Vallikkannu, J. Hassan // Singapore Med. Journal. – 2008. – 49 (3). – P.193–198.

УДК 616.441

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ДООПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ШЕИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.С. СЕРЁГИН*, А.П. ПЕЧЕНЬИ*, А.И. БЕЖИН**, В.В. ХВОСТОВОЙ*, В.В. НОЗДРУНОВ***

* БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер», пер. Ипподромный, 2, г. Орел

** Курский государственный медицинский университет, ул. Карла Маркса, 3, Курск, 305041

*** Государственный университет – УНПК, Наугорское шоссе, 29, г. Орел, 302020

Аннотация: ретроспективно проанализированы результаты дооперационной диагностики рака щитовидной железы у 100 пациентов, проходивших лечение в Орловском онкологическом диспансере. В контрольной

группе (N=56) для оценки регионарного распространения опухоли использовалась традиционная методика УЗИ щитовидной железы. В группе исследования (N=44) дополнительно внедрено и использовано повторное (дублирующее) УЗИ шеи с применением разработанного авторами алгоритма исследования и новой методики УЗИ лимфатических узлов шеи. Анализ материала показал, что в результате внедрения методик у пациентов исследуемой группы статистически достоверно улучшилась дооперационная диагностика рака щитовидной железы и оценка местного распространения опухоли.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, дооперационная диагностика, ультразвуковое исследование шеи, лимфатические узлы шеи.

IMPROVEMENT OF PREOPERATIVE ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF STRUMA MALIGNA

S.S. SEREGIN*, A.P. PECHENYY*, A.I. BEZHIN**, V.V. HVOSTOVOY**, V.V. NOZDRUNOV***

**Oryol Regional Oncological Centre, Dispensary and Polyclinic Department*

***Kursk State Medical University, Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Department of Oncology*

****Oryol State Polytechnical University, Department of Applied Mathematics and Computer Science*

Abstract: results of presurgical struma maligna diagnostics in the 100 patients treated in the Oryol Regional Oncological Centre are retrospectively analysed. In control group (N=56) for an estimation regional tumor spread the traditional ultrasonic technique of a thyroid gland was used. In research group (N=44) repeated (duplicate) ultrasonic study of a neck by means of authors' algorithm and a new ultrasonic technique of lymph nodes of a neck is in carried out. The data analysis has shown that as a result of introduction of techniques in the patients of research group presurgical diagnostics of struma maligna and an estimation of local spread of a tumor has statistically reliable improved.

Key words: struma maligna, presurgical diagnostics, ultrasound neck scanning, neck lymph nodes.

Актуальной проблемой современной онкологии является ранняя диагностика рака щитовидной железы (РЩЖ), точная оценка распространенности опухолевого процесса на дооперационном этапе и выбор адекватного объема оперативного лечения [2]. Во всем мире наблюдается рост заболеваемости раком щитовидной железы [8]. Этому способствуют техногенные катастрофы последних лет (Япония, Фукусима-1) и загрязнение окружающей среды изотопами радиоактивного йода.

Хирургу для определения необходимого объема операции на щитовидной железе (ЩЖ) и лимфатических узлах шеи (ЛУ) требуются точные дооперационные данные о распространении опухоли в самой железе и за ее пределами. От качества этих данных в конечном итоге зависит адекватность оперативного пособия и результат лечения РЩЖ.

По данным клиники НИИ онкологии Н.Н. Петрова, 32,5% операций у больных с РЩЖ в НИИ были выполнены по поводу рецидивов заболевания. При этом в 68,3% рецидивы возникали в зоне операции, в 20,7% – вне зоны операции [2]. Одной из причин столь высокой доли рецидивов является неправильная оценка распространения опухолевого процесса на шее на дооперационном этапе.

Необходимо отметить, что ультразвуковое исследование играет ключевую роль не только в первичной диагностике рака щитовидной железы [1], но и в оценке распространенности опухолевого процесса [10]. Данные УЗИ шеи являются основным ориентиром для хирурга в выборе объема операции. Однако, диагностические ошибки при проведении УЗИ

щитовидной железы возникают в 25-75% случаев [6]. Многие авторы указывают на расхождение между данными УЗИ и интраоперационными находками у пациентов с узловыми образованиями в щитовидной железе и предлагают использовать повторное (дублирующее) предоперационное УЗИ, определяющее дальнейшую хирургическую тактику [6]. Это свидетельствует о том, что методика УЗИ щитовидной железы несовершенна. Усовершенствование методик ультразвукового исследования щитовидной железы и лимфатических узлов шеи на дооперационном этапе может улучшить оценку регионарного распространения опухоли и позитивным образом повлиять на результат лечения РЩЖ.

Цель исследования – усовершенствование методик УЗИ щитовидной железы и лимфатических узлов шеи у больных с подозрением на рак щитовидной железы и анализ их эффективности.

Материалы и методы исследования. Ретроспективному анализу подверглись амбулаторные карты и истории болезней 100 больных, получивших лечение в БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер» (ООД) по поводу рака щитовидной железы. У всех больных диагноз подтвержден при послеоперационном гистологическом исследовании.

Контрольную группу составили 56 пациентов (47 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 21 до 76 лет. Больные контрольной группы прошли лечение в ООД в 2003-2004 годах. С целью уточнения распространенности опухолевого процесса на шее, до операции всем пациентам контрольной группы проведено ультразвуковое исследование шеи в поликли-

никах города и области с использованием традиционной методики УЗИ врачами ультразвуковой диагностики [6]. Протоколы УЗИ щитовидной железы из первичного звена диагностики стали основным ориентиром для хирурга в выборе «зон интереса» на шее для проведения пункционных биопсий и выбора объема предстоящей операции.

В исследуемую группу вошли 44 человека (37 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 22 до 82 лет, находящихся на лечении в 2009-2010 годах. Всем пациентам исследуемой группы до операции в дополнение к УЗИ шеи по традиционной методике было проведено повторное (дублирующее) УЗИ щитовидной железы с использованием разработанного нами алгоритма (рис.1) и усовершенствованной нами методики УЗИ лимфатических узлов шеи в поликлинике ООД [патент 2441595].

Для оценки эффективности использованного повторного (дублирующего) УЗИ щитовидной железы у пациентов контрольной и исследуемой групп анализировались следующие критерии: количество совпадений дооперационного и послеоперационного гистологического диагнозов, количество дооперационно выявленных рецидивов РЩЖ, частота гиподиагностики билатерального распространения опухоли, дооперационно заподозренной экстратиреоидной инвазии и метастатического поражения лимфоузлов шеи.

Полученные результаты обработаны с помощью методов описательной статистики с использованием программы MS Excel и многофункционального статистического критерия Фишера (угловое преобразование Фишера) [5].

Результаты и их обсуждение. Анализ данных контрольной группы показал, что у 17,86% пациентов в протоколах УЗИ щитовидной железы не диагностировано мультицентричное билатеральное распространение РЩЖ. Поражение второй доли ЩЖ у этих пациентов стало интраоперационной находкой с помощью пальпации.

У 8,93% пациентов контрольной группы имелись признаки экстратиреоидной инвазии РЩЖ по данным послеоперационного гистологического исследования. Ни у одного из этих пациентов дооперационное УЗИ не выявило признаков экстратиреоидной инвазии. По данным литературы типичным ультразвуковым «симптомом» местнораспространенных форм РЩЖ является нарушение целостности капсулы щитовидной железы [6,7]. У больных местнораспространенными формами РЩЖ в участках прорастания раковой опухоли появляются признаки нарушения целостности капсулы ЩЖ в виде участков со сниженной интенсивностью отражения эхосигнала. Этот эхоэмиотический признак используется в качестве критерия оценки местного роста рака щитовидной железы, а также – для дифференциальной диагностики злокачественных опухолей этого органа от

других объемных образований – коллоидных узлов и аденом [6,7,9]. Нарушение целостности капсулы ЩЖ у больных с установленным диагнозом рака является неблагоприятным фактором прогноза.

Дооперационные данные о распространении опухоли в ЩЖ и за ее пределами являются ключевыми для определения объема предстоящей операции. Неточные, неполные, искаженные данные УЗИ ЩЖ могут ввести хирурга в заблуждение и привести к неправильному выбору объема операции.

На основании анализа наиболее частых проблем ультразвукового исследования ЩЖ пациентов контрольной группы нами предложен алгоритм повторного (дублирующего) УЗИ шеи (рис. 1). Данный алгоритм был использован у всех пациентов исследуемой группы.

Данный алгоритм позволил дать хирургу ответы на следующие вопросы: поражение одностороннее или билатеральное, есть ли подозрение на экстратиреоидную инвазию РЩЖ, имеются ли особенности топографической анатомии ЩЖ, присутствуют ли у данного пациента «измененные» ЛУ на шее и в каких зонах, какие подозрительные на рак узлы ЩЖ и ЛУ шеи выбрать для тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ (УЗ-ТАБ) и для определения уровня онкомаркеров в смыве с пункционной иглы.

Важное значение в диагностике метастазов в шейные ЛУ и для выбора объема шейной лимфаденэктомии имеет УЗИ лимфатических узлов шеи.

Анализ данных пациентов контрольной группы показал, что 93,33% протоколов УЗИ ЩЖ из поликлиник города и области не содержат данных о состоянии шейных ЛУ. Между тем, исследование ЛУ шеи является обязательной частью УЗИ ЩЖ [6]. В некоторых случаях появление метастатически измененных увеличенных ЛУ шеи служит первым клиническим проявлением РЩЖ [11]. Частота метастазирования РЩЖ в регионарные ЛУ составляет 9-90%. По мнению Noguchi Masakuni et al. [12], необходимо производить УЗИ зон регионарного лимфооттока по ходу грудинно-ключично-сосцевидных мышц с обеих сторон даже при выявлении узла в одной из долей щитовидной железы, поскольку у 24% больных выявляется метастатическое поражение контрлатеральных лимфатических узлов. Чувствительность УЗИ в выявлении и дифференциальной диагностике поражения ЛУ при РЩЖ составляет от 30 до 86, 65%, специфичность – 57- 84,2%, диагностическая точность – 56-81,48%, которые во многом зависят от качества аппаратуры, навыков и опыта врача ультразвуковой диагностики [3].

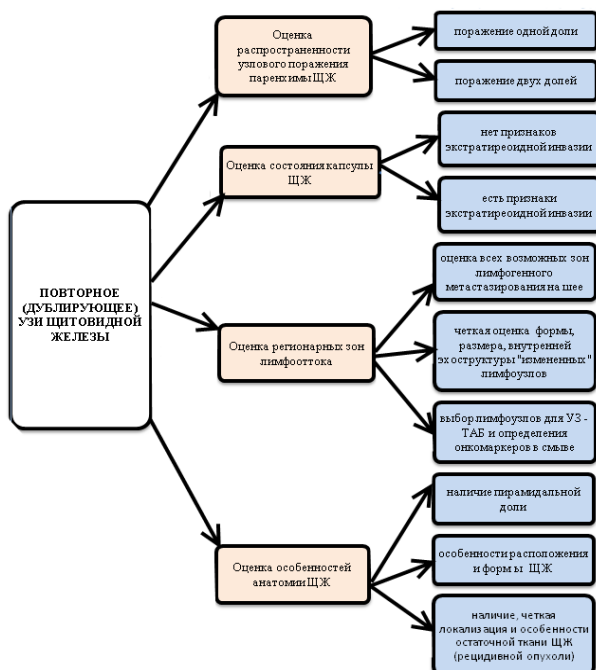


Рис. 1. Алгоритм повторного (дублирующего) дооперационного УЗИ шеи у пациентов с подозрением на рак щитовидной железы

Лимфатическая система шеи содержит 40% всех лимфатических узлов тела человека и организована сложно и в то же время компактно. В классификации UICC/AJCC (6-я редакция, 2002) рекомендована новая система деления зон лимфатического оттока шеи на шесть уровней, которая была предложена Robbins K.T. et al. в 2002 г.[13]. Дополнительно к шести уровням лимфатических узлов шеи необходимо упомянуть VII уровень лимфатических узлов, которые расположены в верхнем средостении. Этот уровень при раке щитовидной железы поражается редко, обычно при обширном метастатическом поражении центральной и боковой клетчатки шеи. Метастазирование в эту зону чаще наблюдается при медулярном раке щитовидной железы [4]. Новая топография лимфатических узлов шеи, лежащая в основе разработанной нами методики ультразвукового исследования лимфатических узлов шеи, была создана с учетом анатомо – физиологических особенностей лимфатической системы этой области и предложена с целью пространственно-ориентированной диагностики и хирургии.

Для более четкой оценки состояния шейных ЛУ нами была разработана и предложена методика УЗИ лимфатических узлов шеи, с четкой последовательностью действий, обладающая технической простотой, точностью, объективностью и возможностью использования для диагностики метастатического поражения лимфатических узлов шеи, оценки распространенности опухолевого процесса и в скрининговых исследованиях [патент 2441595]. Предложенная методика была использована у всех пациентов исследуемой группы.

двумой группы.

Сущность методики заключается в том, что ультразвуковой датчик плавно без скачков перемещается из одной анатомической зоны шеи в другую вдоль специально выделенных линий (рис.2).

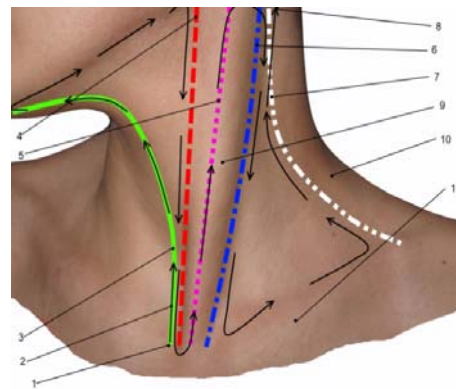


Рис. 2. Линии эхосканирования лимфоузлов шеи
Примечание: 1 – точка начала эхосканирования ЛУ шеи; 2 – направление движения УЗ датчика; 3 – средняя линия шеи; 4 – линия по внутреннему краю m.sternocleidomastoideus; 5 – линия по центру m.sternocleidomastoideus; 6 – линия по наружному краю m.sternocleidomastoideus; 7 – линия по переднему краю m.trapezius; 8 – точка окончания эхосканирования; 9 – m.sternocleidomastoideus; 10 – m.trapezius; 11 – os clavícula

Обследование лимфатических коллекторов шеи проводилось при положении пациента лежа на спине с подложенным под плечевой пояс валиком и одновременным разгибанием шеи. Специальная подготовка к исследованию не проводилась. В то же время, для исключения регургитации пищевых масс, особенно у пациентов с короткой шеей, рекомендовалось проводить исследование натощак. Сканирование проводилось линейным датчиком 7,5-13 МГц. Перед тем как оценивать состояние лимфатических коллекторов области шеи, намечались главные анатомические ориентиры, а именно: общие сонные артерии, внутренние яремные вены, грудинно-ключично-сосцевидные мышцы, трахея, ключицы, край трапециевидных мышц. Мысленно намечались линии, вдоль которых осуществлялось ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи: средняя линия шеи от вырезки грудины до нижней челюсти, линии по переднему, заднему краю и центру грудинно-ключично-сосцевидных мышц от грудинно-ключичного сочленения до сосцевидного отростка височной кости, линия по переднему краю трапециевидных мышц (рис. 2).

Разработанная нами методика УЗИ ЛУ шеи осуществлялась последовательно, по этапам (шагам) следующим образом:

1 шаг – эхосканирование лимфоузлов передне-верхнего средостения. Датчик размещался под прямым углом к коже в поперечном к оси шеи положении над вырезкой грудины по центру. Проводилось

эхосканирование зоны (уровня) VII шейных лимфоузлов (лимфоузлы передне-верхнего средостения). Для этого датчик оставался по центру над вырезкой грудины, меняя свой наклон относительно кожи («качали» датчик).

2 шаг – поперечное эхосканирование вдоль средней линии шеи снизу – вверх. После осмотра зоны (уровня) VII шеи датчик устанавливали перпендикулярно коже и смещали вверх вдоль средней линии шеи по направлению к подбородочной области. При этом центр датчика двигался вдоль средней линии шеи. По ходу движения датчика осматривали претрахеальные и преларингеальные лимфатические узлы – зона (уровень) VI, подбородочные лимфатические узлы – зона (уровень) I.

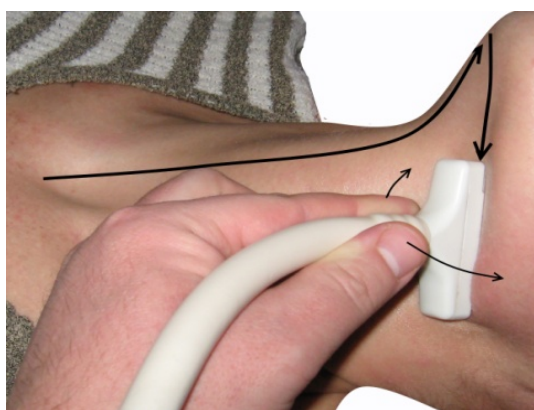


Рис. 3. Третий этап эхосканирования ЛУ шеи

3 шаг – эхосканирование лимфоузлов подчелюстной области слева. Датчик устанавливали в подчелюстной области слева параллельно края нижней челюсти. Осматривали лимфатические узлы подчелюстной зоны – I зона (уровень) шеи слева. При этом датчик смещали вдоль края нижней челюсти (рис.3) и меняли его наклон относительно кожи («качали» датчик).

4 шаг – поперечное и продольное эхосканирование вдоль линии по переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы сверху – вниз слева. После осмотра подчелюстных зон проводили смещение датчика в поперечном к оси шеи положении сверху вниз из подчелюстной области к грудинно – ключичному сочленению. При этом латеральный край датчика медленно смещался по линии внутреннего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Осматривали в поперечной плоскости лимфатические узлы вдоль сосудистого пучка шеи слева – зона (уровень) II (верхняя треть сосудистого пучка), зона (уровень) III (средняя треть сосудистого пучка), зона (уровень) IV (нижняя треть сосудистого пучка), кроме этого, осматривали паратрахеальные лимфоузлы слева – зона (уровень) VI. При необходимости, повторяли данный этап исследования в продольной плоскости. Для этого возвращали датчик в подчелюстную область, ориентируя его вдоль сосудистого

пучка и осуществляли продольное эхосканирование шеи. Датчик вдоль сосудистого пучка смещали сверху – вниз в продольном к оси шеи положении из подчелюстной области к грудино – ключичному сочленению. Повторяли осмотр зон (уровней) шеи II, III, IV, VI слева в продольной плоскости.

5 шаг – поперечное эхосканирование вдоль линии по центру грудино-ключично-сосцевидной мышцы снизу-вверх слева. Датчик в поперечном положении к оси шеи и перпендикулярно коже устанавливали в надключичной области над ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева. Производили медленное смещение датчика вдоль линии по центру грудино-ключично-сосцевидной мышцы снизу-вверх. Осматривали лимфоузлы вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева, лимфоузлы у места прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к грудино-ключичному сочленению, к сосцевидному отростку височной кости слева.

6 шаг – поперечное эхосканирование вдоль линии по заднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы сверху-вниз слева. Датчик в поперечном к оси шеи положении и перпендикулярно коже устанавливали в вершине бокового треугольника шеи. Производили его смещение вдоль линии по наружному краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы (рис. 4) сверху-вниз.

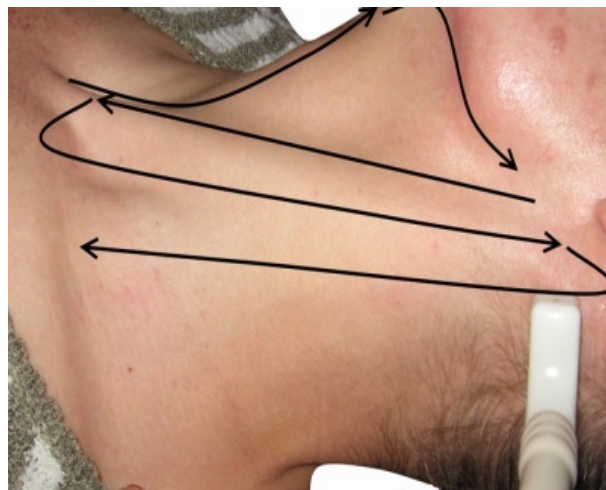


Рис. 4. Шестой этап эхосканирования ЛУ шеи

При этом медиальный край датчика двигали вдоль линии по наружному краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Осматривали лимфоузлы внутренней части латерального треугольника шеи слева, лимфоузлы области добавочного нерва, лимфоузлы надключичной области – зона (уровень) V слева.

7 шаг – эхосканирование лимфоузлов надключичной области слева. Датчик устанавливали в надключичной области слева параллельно края ключицы. Осматривали лимфатические узлы надключичной области – зона (уровень) V слева. При этом датчик смещали

вдоль края ключицы, меняя его наклон относительно кожи («качали» датчик).

8 шаг – поперечное эхосканирование вдоль линии по краю трапецевидной мышцы снизу-вверх слева. Датчик в поперечном положении перпендикулярно коже устанавливали в надключичной области. При этом латеральный край датчика упирался в край трапецевидной мышцы (рис. 5).

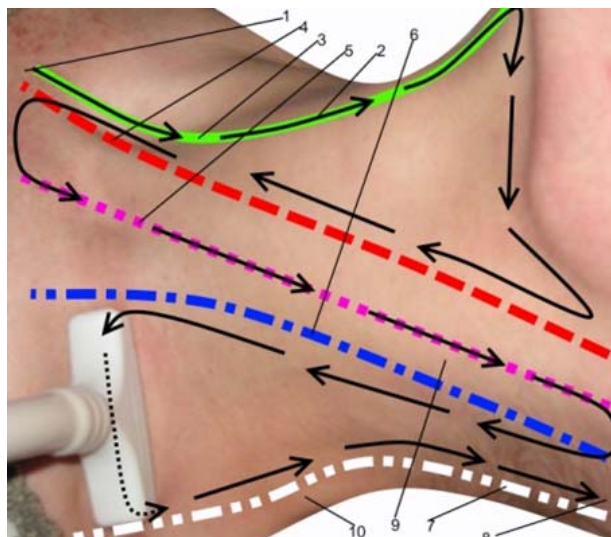


Рис. 5. Восьмой этап эхосканирования ЛУ шеи

Примечание: 1 – точка начала эхосканирования ЛУ шеи; 2 – направление движения УЗ датчика; 3 – средняя линия шеи; 4 – линия по внутреннему краю m.sternocleidomastoideus; 5 – линия по центру m.sternocleidomastoideus; 6 – линия по наружному краю m.sternocleidomastoideus; 7 – линия по переднему краю m.trapezius; 8 – точка окончания эхосканирования; 9 – m.sternocleidomastoideus; 10 – m.trapezius

Проводили смещение датчика вдоль трапецевидной мышцы снизу-вверх. Латеральный край датчика при этом двигался вдоль линии по краю трапецевидной мышцы. Осматривались лимфоузлы наружных отделов бокового треугольника шеи, области добавочного нерва – зона шеи V слева. Датчик смещали до вершины бокового треугольника шеи, где сканирование лимфатических узлов шеи слева завершалось.

9 шаг – повторяли шаги 3, 4, 5, 6, 7, 8 справа. При необходимости возвращали ультразвуковой датчик в интересующую зону шеи и сканирование в поперечной или продольной плоскости повторяли. На этом сканирование зон лимфатических узлов шеи завершали. Приблизительное время эхосканирования составляло 15 минут +/- 5 мин.

Для оценки эффективности используемых в исследуемой группе алгоритма повторного (дублирующего) УЗИ щитовидной железы и методики ультразвукового исследования лимфатических узлов шеи было предложено несколько критериев (табл.).

Критерии оценки эффективности дублирующего УЗИ ЩЖ и ЛУ шеи

Критерии оценки	Контрольная группа (n=56)		Исследуемая группа (n=44)		p
	число больных	%	число больных	%	
Совпадений дооперационного и послеоперационного диагнозов	31	55,36	41	93,18	p<0,01
Дооперационно выявленных рецидивов	0	0	4	9,09	p<0,01
Гиподиагностика билатерального поражения	10	17,86	3	6,82	p<0,05
Дооперационно заподозренной экстрагистореоидной инвазии	0	0	15	34,09	p<0,01
Случаев экстрагистореоидной инвазии по данным гистологического исследования	5	8,93	7	15,91	
Дооперационно диагностированных метастазов в шейные лимфатические узлы	1		17 (у 1-го пациента метастазы в лимфоузлы шеи подтверждены цитологически, но гистологическое исследование не подтвердило метастазы)		p<0,01
Пациентов с метастатическим поражением лимфатических узлов шеи по данным гистологического исследования	5	8,93	16	36,36	p<0,01

Анализ данных контрольной и исследуемой групп показал, что использование предложенного алгоритма повторного (дублирующего) УЗИ щитовидной железы и разработанной нами методики УЗИ лимфоузлов шеи позволило достоверно (p<0,01%) повысить долю совпадений дооперационного и послеоперационного диагнозов на 37,82 с 55,36% в контрольной группе до 93,18% в группе исследования.

Количество выявленных до операции рецидивов достоверно (p<0,01%) выросло с 0% в контрольной группе до 9,09% в исследуемой группе. В группе исследования явно прослеживается тенденция к снижению гиподиагностики билатерального поражения щитовидной железы с 17,86% (контрольная группа) до 6,82% в группе исследования (p<0,05).

Доля дооперационно заподозренной экстрагистореоидной инвазии так же достоверно (p<0,01%) выросла с 0% в контрольной группе до 34,09% в исследуемой группе, из которых у 15,91% экстрагистореоидная инвазия подтверждена послеоперационным гистологическим исследованием.

Анализ материала показал, что в контрольной группе диагностика метастазов в шейные ЛУ основывалась на интраоперационных находках. У 5 пациентов контрольной группы (табл.) по данным послеоперационного гистологического исследования диагностированы метастазы в лимфоузлы шеи. У 4 из

них (7,14%) метастазы в ЛУ шеи были выявлены во время операции и у 1 пациента (1,79%) – до операции на основании пальпации и цитологического исследования. УЗИ ЩЖ, выполненное в общей лечебной сети, при этом не выявляло признаков опухолевого поражения шейных ЛУ ни у одного пациента.

В исследуемой группе у 16 больных по данным послеоперационного гистологического исследования имелись метастазы в ЛУ шеи (36,36%). При этом у 23 пациентов метастазы заподозрены на основании предоперационного повторного (дублирующего) УЗИ ЩЖ. Лимфаденэктомии разных объемов выполнены у 22 пациентов. У 6 пациентов послеоперационное гистологическое исследование не выявило метастатического поражения шейных лимфатических узлов (у 5 пациентов выполнена профилактическая центральная лимфаденэктомия и у одного пациента – лечебная центральная лимфаденэктомия: дооперационное цитологическое исследование выявило метастатическое поражение лимфоузлов, а послеоперационное гистологическое исследование не подтвердило вторичного поражения лимфатических узлов центральной зоны шеи).

Выводы. Таким образом, результаты УЗИ щитовидной железы первичного звена диагностики у больных контрольной группы имеют целый ряд неточностей, не позволяющих в полной мере оценить распространенность опухолевого процесса в паренхиме железы и за ее пределами, что затрудняет выбор правильного объема операции. В частности, в 93,33% протоколов УЗИ первичного звена диагностики имеются погрешности в оценке распространения опухоли в щитовидной железе, диагностике рецидивов и экстратиреоидного роста, оценке состояния шейных лимфоузлов. Для решения проблемы у больных исследуемой группы нами предложен алгоритм повторного (дублирующего) УЗИ щитовидной железы, разработана новая методика ультразвукового исследования лимфатических узлов шеи. Это привело к статистически достоверному улучшению дооперационной диагностики: количество совпадений дооперационного и послеоперационного диагнозов выросло на 37,82%, доля дооперационно диагностированной экстратиреоидной инвазии увеличилась на 85,70%, дооперационно выявленных рецидивов опухоли – на 10,10%, на 75,00% улучшилась диагностика опухолевого поражения шейных лимфоузлов.

УДК 577.161.3:616.45-001.1.3

ПСИХОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ α -ТОКОФЕРОЛА В УСЛОВИЯХ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА

А.Л. ЯСЕНЯВСКАЯ*, М.А. САМОТРУЕВА*, С.А. ЛУЖНОВА**

*ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», 414000, г. Астрахань, Бакинская, 121

**ФГБУ «НИИ по изучению лепры», Николая Островского пр-д, 3, Астрахань, 414000

Аннотация: в данной работе было изучено влияние природного антиоксиданта α -токоферола на поведение

Литература

1. Атабекова, Л.А. Комплексная ультразвуковая и цитологическая оценка пролиферативных процессов в щитовидной железе / Л.А. Атабекова, С.А. Васильченко, С.Г. Бурков // Sonoace International.– 1999.– № 4.– С. 60–65.
2. Барчук, А.С. Рецидивы дифференцированного рака щитовидной железы / А.С. Барчук// Практическая онкология.– Т. 8.– 2007.– № 1.– С. 36–41.
3. Заболотская, Н.В. Применение ультразвукового исследования для оценки состояния поверхностных групп лимфатических узлов / Н.В. Заболотская// Sonoace International.– 1999.– №5.– С. 42–45.
4. Рак щитовидной железы: Современные подходы к диагностике и лечению / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, У.В. Румянцева, В.А. Саенко.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 448 с.
5. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко.– СПб.: ООО «Речь», 2000.– 350 с.
6. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы / П.М. Котляров [и др.]– 2-е изд., перераб. и дополн.– М.: Издательский дом Видар-М, 2009.– 239 с.
7. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы / А.Ф. Цыб [и др.]– М.: Медицина, 1997.– 332 с.
8. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (Заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.– М.: МНИОИ им. П.А.Герцена, 2010.– С. 108–109.
9. Differential diagnosis of thyroid nodules: ultrasound as a complementary method to scintigraphy and needle biopsy./ M. Baum [et al.] //Dtsch.Med.Wschr.– 1993.– Bd.108.– P.1359.
10. Clinical versus ultrasound examination of the thyroid gland in common clinical practice / A. Brander [et al.] // J Clin Ultrasound.– 1992.– № 20.– P. 37–42.
11. Cervical lymph nodes / M.G. Mack [et al.]// Eur. J. Radiol.– 2008.– V. 66.– Issue 3.– P. 493–500.
12. Risk of bilateral cervical lymph node metastasis in papillary thyroid cancer / Masaktini Noguchi [et al.] //J. Surg. Oncol.– 1993.– № 52(3).– P.155.