

стабилизация очаговой симптоматики, у 3 больных наметился регресс неврологических проявлений заболевания, в виде регресса пареза в среднем на 1-2 балла, уменьшение тазовых расстройств. По окончании курса сочетанной терапии у всех больных наблюдался значительный регресс пирамидной недостаточности, у 5 больных полный регресс нистагма, у 7 больных значительный регресс сенсорных расстройств, а так же у всей группы больных стабилизировалась психоэмоциональная сфера, улучшалась когнитивная функция. Снижение у всех больных степени инвалидизации по шкале EDDS в среднем на 1,5 балла. У всех больных на протяжении периода наблюдения (6 месяцев) продолжался регресс неврологических симптомов, обострения заболевания не наблюдалось

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительной динамике клинических показателей у больных РС, при сочетанной терапии с использованием глиатилина и полиоксидония.

### Литература

1. Болезни нервной системы, руководство под ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В.Мельничука. – М., 1997.
2. Петров Р.В., Хайтов Р.М., Некрасов А.В и соавт // Иммунология. – 2000. – №5. – С: 24-29.
3. Самуэльс М. «Неврология», перевод с английского. – Москва, 1997
4. Хондариан О.А., Завалишин И.А., Невская О.М. «Рассеянный склероз». – М.: Изд.-во Медицина, 1987.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Л.В. Деева*

Кафедра патологии медицинского факультета БелГУ

В настоящее время во всем мире, в том числе и в Белгородской области, наблюдается тенденция к увеличению роста заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), что обусловлено наличием эндемической ситуации по йоду, ухудшением социальных условий и экологической обстановки. В связи с широким применением современных ультразвуковых методов исследования ЩЖ за последние 20 лет на 10-40% возрастает удельный вес узловых форм зоба и тиреоидитов, наиболее часто служащих фоном для развития злокачественных опухолей [5, 3, 6]. Однако здесь возникает затруднение: достоверно установить гистологический диагноз с помощью УЗИ невозможно [7]. Для повышения информативности метода рекомендуется выполнять аспирационную биопсию ЩЖ под контролем УЗИ. Информативность тонкоигольная аспирационная биопсия зависит от двух обстоятельств: методически правильного забора материала для цитологического исследования и квалификации цитолога. Анализ литературы показывает, что чувствительность и специфичность аспирационной биопсии превышает 90%, а точность оставляет 94% [7]. Отмечается снижение эффективности аспирационная биопсия при наличии в ЩЖ множественных узловых образований [2]. Новообразование ЩЖ, содержащее фолликулярные структуры, распознается при цитологическом исследовании биоптата, но для дифференциального диагноза фолликулярной аденомы и фолликулярного рака необходимо гистологическое исследование материала, полученного при операции [1].

Данная работа выполнена на архивном материале (истории болезни, журнал операционных вмешательств, журнал регистрации операционного и биопсийного материала) хирургического отделения №1 и эндокринологического отделения областной

клинической больницы №1 и областного патологоанатомического бюро г.Белгорода за период с 1992 по 2000 годы. За это время было прооперировано 2078 пациентов с зобной патологией.

Анализируя тенденцию заболеваний ЩЖ (диаграмма 1) видно, что к 1996 г. наблюдается увеличение числа заболеваний ЩЖ. Соответственно, происходит увеличение числа оперативных вмешательств на ЩЖ (со 158 до 382 случаев в год). С 1997 г. отмечается спад заболеваний ЩЖ, уменьшается и число прооперированных пациентов (с 282 до 145 случаев в год).

Изучая формы зобноизмененной ЩЖ (диаграммы 2.3) отмечено, что основной контингент пациентов направлен в хирургическое отделение с клиническим диагнозом узловой зоб эутиреоидный –  $75.8 \pm 8.41\%$ . Гистологически диагноз фолликулярный узловой коллоидный зоб подтверждается в  $42.1 \pm 8.31\%$  случаев, в  $27.0 \pm 13.9\%$  случаев ставится гистологический диагноз фолликулярная аденома, в  $5.5 \pm 3.4\%$  случаев – аутоиммунный тиреоидит; отмечается тенденция к увеличению злокачественных новообразований ЩЖ –  $8.1 \pm 2.9\%$  случаев.

диагнозом смешанный эутиреоидный зоб в стационаре прооперировано  $15.2 \pm 7.4\%$  пациентов. из них, диагноз диффузно-узловой зоб подтвержден гистологически в  $14.3 \pm 6.4\%$  случаев, в  $35.5 \pm 9.9\%$  случаев поставлен гистологический диагноз фолликулярный узловой коллоидный зоб, в  $21.3 \pm 7.7\%$  случаев – фолликулярная аденома.

$8.2 \pm 4.6\%$  пациентов направлены в отделение с диагнозом смешанный токсический зоб, у них гистологический диагноз диффузно-узловой токсический зоб поставлен в  $42.5 \pm 7.5\%$  случаев, фолликулярный узловой коллоидный зоб – в  $39.7 \pm 19.7\%$  случаев.

Операции при узловом токсическом зобе, диффузном токсическом зобе, аутоиммунном тиреоидите и прочих заболеваниях ЩЖ делаются в единичных случаях.

Изучая результаты гистологического исследования операционного материала хирургического отделения выявлено, что клинический диагноз узловой зоб и смешанный зоб включает в себя до 10 гистологических диагнозов. Такое разночтение клинического и гистологического диагнозов вызвано наличием нескольких классификаций заболеваний ЩЖ, каждая из которых учитывает различные аспекты клинических и морфологических особенностей заболеваний ЩЖ, и, соответственно, отсутствием общепринятой классификации, на которой могли бы основываться диагнозы как хирургов, эндокринологов, так и патоморфологов.

Изучая объем оперативного вмешательства в зависимости от клинического диагноза видно, что хирурги-эндокринологи в своей работе используют полный объем оперативного вмешательства на ЩЖ, особенно при узловых образованиях. Какой-либо зависимости между определенной патологией ЩЖ и объемом оперативного вмешательства на ЩЖ не выявлено.

Отмечено, что число случаев послеоперационного гипотиреоза составляет  $2.0 \pm 1.3\%$  от числа прооперированных. По данным литературы это число является невысоким. С одной стороны, это связано с тем, что хирурги оставляют достаточное количество ткани ЩЖ (до 10 г), с другой стороны – не были проанализированы данные обращений пациентов хирургического отделения № 1 в поликлиники по месту жительства в связи с возникновением послеоперационного гипотиреоза.

По данным бюро медстатистики в Белгородской области зобная патология наблюдается в 1,2 раза чаще, чем в среднем по России. В настоящее время наличие любого очагового образования в щитовидной железе должно быть оценено прежде всего с точки зрения онкологической настороженности и требует должного обследования.

Современные высокотехнологичные диагностические методики, такие как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультрасонография, цветное доплеровское картирование, сцинтиграфия и др., несмотря на их значительное число, не могут до конца решить проблему дифференциальной

диагностики узловых образований и раннего рака щитовидной железы [8. 9. 10. 11]. Не существует надежных специфических признаков карцином, которые могли быть выявлены этими методами. И только точная морфологическая верификация очаговых образований позволяет выбрать как адекватную лечебную тактику, так и определить необходимый объем хирургического вмешательства [2. 6. 8].

Диаграмма 1

Соотношение основных клинических диагнозов и послеоперационного гипотиреоза относительно общего количества заболеваний ЩЖ

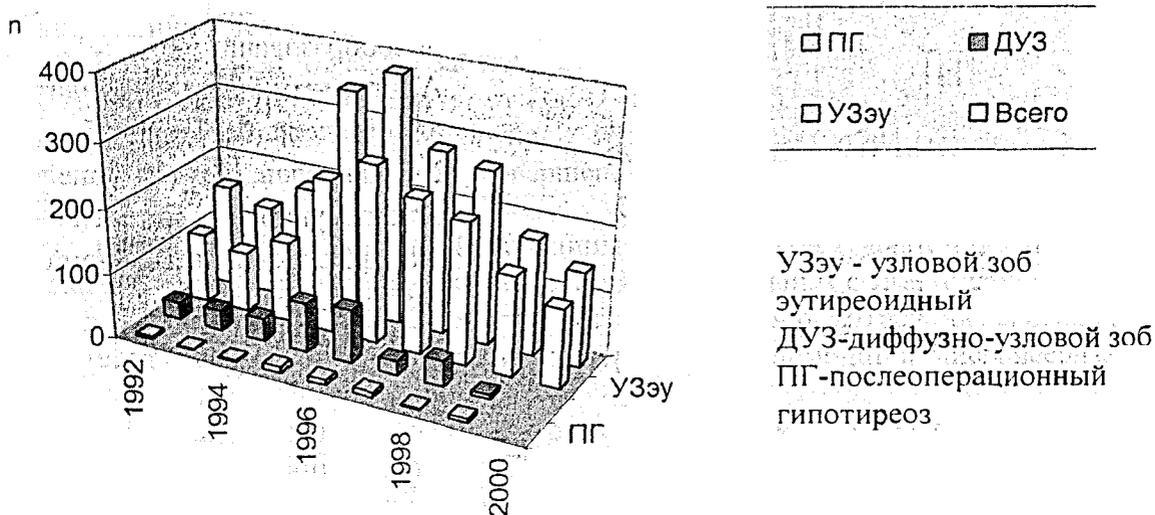
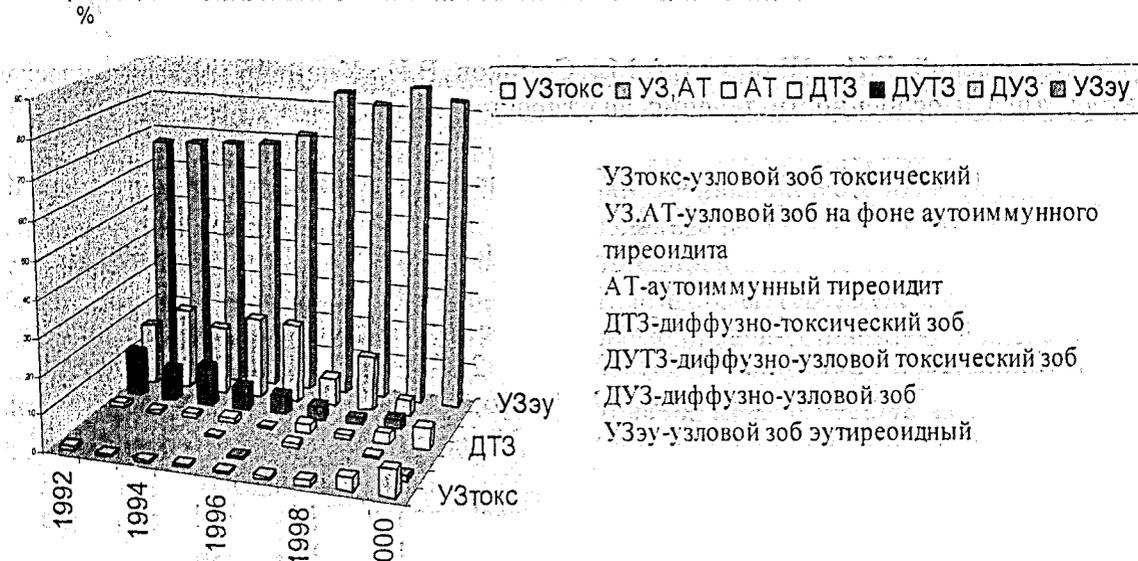
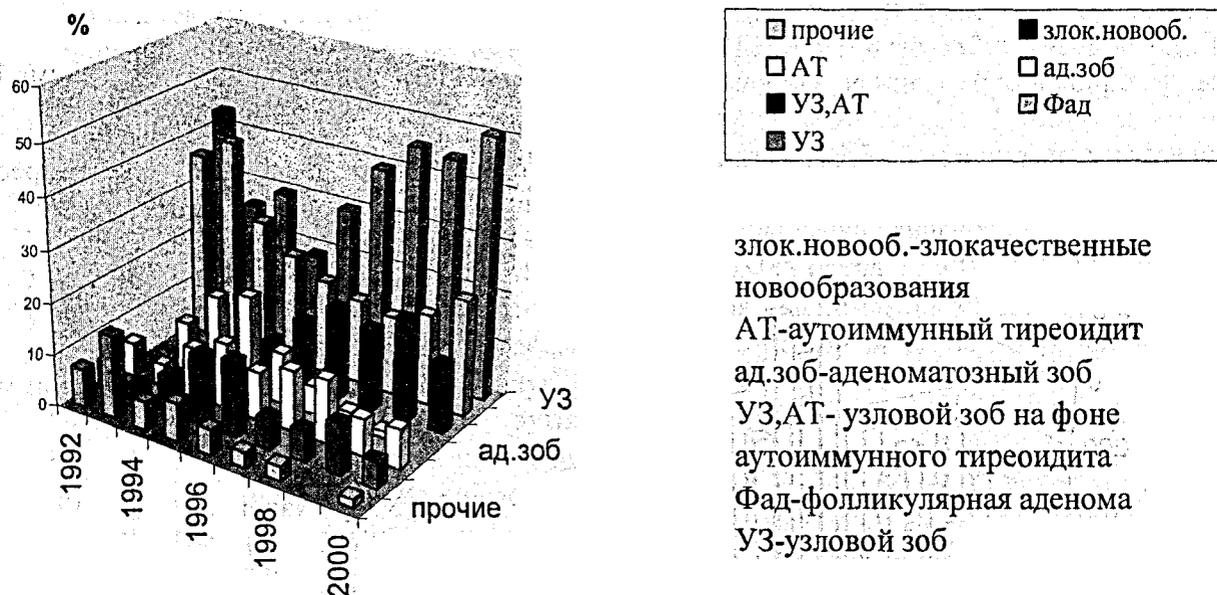


Диаграмма 2

Распределение гистологических диагнозов при заболеваниях щитовидной железы



Распределение гистологических диагнозов при узловом зобе эутиреоидном



### Литература

1. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы (2-е изд.). СПб: Питер, 2001. – С. 27-28.
2. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Чилингарики К.Е., Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э., Габидзе Д.И. Возможности предоперационной морфологической верификации при узловых эутиреоидных образованиях щитовидной железы // Хирургия. – 1998. – №2. – С. 4–8.
3. Кононенко С.Н. Ранняя диагностика и дифференцированное лечение рака щитовидной железы // Хирургия. – 2000. – №3. – С. 38–41.
4. Лукомский Г.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. Клинико-морфологическая характеристика и особенности течения дифференцированных форм рака щитовидной железы // Хирургия. 1999. – №7. – С. 4–8.
5. Павловский М.П., Рудницкая А.Ю., Макара Р.Д., Вовк В.И. Озлокачествление зоба // Хирургия. – 1989. – № 5. – С. 22-25.
6. Эндокринология / Под ред. Н.Лавина: Пер. с англ. –М.: Практика, 1999. – С. 628-631.
7. Решетников Е.А., Гаранин С.В. Диагностика и лечение рака щитовидной железы. // Клинический Вестник. – 1997. – №3. – С. 21 – 23.
8. Hay I.D., Grant C.S., van Heerden Y.A., Goollner Y.R., Ebersold Y.R., Bergsrahl E.Y. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases observed in a 50-year period. // Surgery. – 1992. – P. 112 – 1139.
9. Hubert Y.P., Kierman P.D., Beahrs O.H., McConahey W.M., Woolner L.B. Occult papillary carcinoma of the thyroid. // Arch. Surg. – 1990. – P. 115 – 394.
10. Merrel R. Thyroid Cancer. Vale University School of Medicine. – 1996.
11. Sanders L.E., Rossi R.L. Occult well differentiated thyroid presenting as cervical node disease. // World. J. Surg. – 1995. – P. 19 – 642.