

ул.ед., ср. 3,8; соотношение уровня хемилюминесценции очаг/контроль, ср. 13,5.

Из данных следует, что при папиллярном раке щитовидной железы отмечается тенденция к повышению активности цитохром b5-редуктазы, по сравнению с доброкачественной опухолью. При тиреотоксическом зобе отмечается тенденция к повышению активности этого фермента более чем на порядок.

Выводы:

1) Предложена методика, основанная на регистрации люцигенин-активированной хемилюминесценции в присутствии НАДН, которая позволяет оценить активность НАДН-зависимой цитохром b5-редуктазы в тканях щитовидной железы. Время анализа — 30 мин, масса анализируемой пробы 15 мг.

2) Методика применена для анализа образцов фолликулярной доброкачественной опухоли и папиллярного рака щитовидной железы. При аналогичном уровне хемилюминесценции в контрольной ткани уровень НАДН-зависимой люцигенин-активированной хемилюминесценции был значимо выше в образце рака щитовидной железы. На этом основании в дальнейшем может быть разработан подход дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ ПАПИЛЛОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

ШЕСТОПАЛОВА А.Д., БЕЛОНЕНКО Г.А., АНДРИЕНКО И.Б.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк
ntiy.work@gmail.com*

Актуальность: Малые размеры внутрипротоковой папилломы (ВПП) и ее способность имитировать рак молочной железы (МЖ), недостаточная эффективность визуализации и хирургической коррекции подчеркивают значимость этой патологии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) не способно обнаруживать ВПП размером до 5 мм. При стенозах терминальных молочных протоков (ТМП) невозможна галактодуктография (ГДГ). Цитологическое исследование неспецифично. Хирургические трудности заключаются в выборе адекватного метода оперативного вмешательства и длительном поиске ВПП, в возникновении послеоперационных осложнений и не всегда удовлетворительных отдаленных результатах. Особую значимость имеют лечебно-диагностические мероприятия при ВПП у пациенток с рубцовыми изменениями МЖ, в анамнезе которых было хирургическое лечение по поводу мастита.

Материал и методы. Было проанализировано 34 истории болезни женщин с диагнозом ВПП репродуктивного возраста (средний возраст — 42 года). 52% пациентки ранее были прооперированы по поводу деструктивного мастита. Больные были распределены на 2 группы: основную (n=15), в которой применяли малоинвазивный метод лечения ВПП, и контрольную (n=19), где выполняли резекции МЖ.

Диагностический алгоритм включал опрос, физикальное обследование, УЗИ, ГДГ, морфологический анализ выделений из сосков и биоптатов. УЗИ выполняли линейным датчиком 7,5 МГц. УЗИ ТМП проводили по следующей методике: в асептических условиях в отверстие сецернирующего протока проводили тонкую затупленную иглу диаметром до 0,5 мм, через которую под контролем УЗИ вводили 1–3 мл физиологического раствора NaCl, и после расширения ТМП проводили осмотр просвета. Для ГДГ использовали маммограф. Водорастворимое контрастное вещество вводили ретроградно через отверстие сецернирующего протока или антеградно путем чрескожной тонкоигльной пункции расширенного ТМП под УЗИ контролем, когда выделения из соска отсутствовали.

Малоинвазивные операции проводили под контролем УЗИ. После дилатации ТМП и выявления ВПП в отверстие протока вводили лазерный световод, контролировали его продвижение и достигали четкого визуального контакта кончика световода с образованием. Выполняли местную инфильтрацию тканей 2% раствором лидокаина. Обработку ВПП проводили из расчета использования 2 кДж энергии для разрушения 1 куб. см ткани при мощности излучения 20–30 Вт с суммарным количеством энергии 2–2,5 кДж.

Результаты. УЗИ позволило визуализировать ВПП в 8,8%. ГДГ применена в 91% случаев, при этом дефект наполнения размером до 5 мм с четким контуром обнаружен в 12 случаях. Цитологические признаки ВПП найдены в 30% случаях. Дуктоскопия путем искусственной дилатации ТМП под контролем УЗИ проведена 31 женщине, ВПП визуализирована в 88%. Цитологическое исследование жидкости из ТМП после введения физиологического раствора позволило найти папиллярные комплексы у 16 больных. В результате комплексной диагностики точный дооперационный диагноз поставлен в 97,1%.

Малоинвазивная лазерная деструкция ВПП позволяет сократить продолжительность операции до 20 минут, по сравнению с традиционной (50 минут). Малая травматичность данного метода подтверждается дальнейшим гистологическим исследованием, которое обнаружило в месте расположения кончика лазерного световода зоны коагуляционного некроза размером до 1 куб. см и небольшой отек окружающих тканей.

Послеоперационные осложнения были только в контрольной группе в 26,2%. Рецидив у 1-й пациентки через 6 месяцев после лазерной деструкции ВПП был связан с папилломатозом, не распознанным на диагностическом этапе.

Выводы. Комплексная диагностика ВПП с сонодуктоскопией путем искусственной дилатации ТМП МЖ дает основания для внедрения малоинвазивной лазерной технологии и достижения хороших и удовлетворительных результатов в 92% случаях, даже у больных с рубцовыми изменениями МЖ вследствие деструктивного мастита. Возможность лечения в амбулаторных условиях и незначительная травматичность метода позволяют избежать

послеоперационных осложнений и сократить сроки нетрудоспособности до 5 дней.

ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ И ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ

**ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, ЛАРИН А.А.¹, ПАНТЕЛЕЕВ И.В.²,
УДИЛОВА А.А.², ВАЛЕТОВА Н.Ю.²**

¹ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

alarin@m-pr.tv

Послеоперационный гипопаратиреоз и гипокальциемия являются наиболее частыми осложнениями тиреоидэктомии. В Центре эндокринной хирургии на базе ГБУЗ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ за период с января 2016 по январь 2017 гг. произведено 2522 тиреоидэктомий по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Всем пациентам на 3-й день после операции выполнено определение уровня кальция крови. У 245 (9,7%) отмечены явления гипокальциемии – снижение уровня Са крови ниже 2 ммоль/л. Из них у 211 (86,1%) больных развились клинические проявления гипокальциемии различной степени выраженности, у 34 (13,9%) больных гипокальциемия протекала бессимптомно.

Цель исследования: определить частоту возникновения транзиторного и стойкого гипопаратиреоза после тиреоидэктомии, выполненных у больных с различными заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 186 пациентов, оперированных в 2016–2017 гг. Критерии включения: уровень общего Са крови на третий день после операции менее 2 ммоль/л, известный исходный (до операции) уровень паратгормона и общего Са крови, согласие пациента на исследование паратгормона и Са в послеоперационном периоде.

Критерии исключения: выявленный в ходе предоперационного обследования уровень паратгормона и (или) Са, выходящий за референсные значения, отказ пациента от участия в исследовании.

Пациенты распределились следующим образом: женщины 180 (96,8%) больных, мужчины – 6 (3,2%) больных.

По характеру патологии: 65 (34,9%) больных оперированы по поводу диффузно-узлового токсического зоба, 57 (30,6%) – двустороннего многоузлового эутиреоидного зоба, 30 (16,1%) – диффузного токсического зоба, 18 (9,7%) – гипертрофической формы хронического аутоиммунного тиреоидита, 9 (4,9%) – по поводу малого рака щитовидной железы, 5 (2,7%) – по поводу рецидивного зоба, 2 (1,1%) – одноузлового зоба. Во всех случаях выполнена тиреоидэктомия.

У 175 (94%) пациентов имелись в различной степени выраженности клинические симптомы гипокальциемии, у 11 (6%) пациентов клинические проявления гипокальциемии отсутствовали.

Всем пациентам с выявленной гипокальциемией с 3 дня послеоперационного периода проводилась заместительная

терапия препаратами кальция в сочетании с кальцитриолом.

План обследования включал в себя определение уровня паратгормона и Са крови в предоперационном периоде, через 1,5, 3 и 6 месяцев после операции. Заместительная терапия отменялась за 3 суток до забора крови.

Результаты. Через 1,5 месяца после операции у 74 (39,7%) пациентов показатели уровня паратгормона и общего Са фактически соответствовали показателям до операции. Этим пациентам заместительная терапия была прекращена.

Через 3 месяца после операции уровень паратгормона и общего кальция восстановился еще у 58 (31,1%) пациентов, что позволило отменить заместительную терапию.

Через 6 месяцев после операции уровень паратгормона и общего кальция восстановился еще у 36 (19,3%) пациентов, что также позволило отменить заместительную терапию.

Таким образом, из 186 пациентов с явлениями послеоперационного гипопаратиреоза и гипокальциемии через 6 месяцев после операции гипопаратиреоз сохранялся у 18 (9,7%) пациентов, при этом клинические проявления гипокальциемии отмечались у 8 (4,3%) пациентов.

Обсуждение результатов. Проведенное исследование показывает, что гипокальциемия в раннем послеоперационном периоде наблюдается у 9,7% пациентов. Однако через 6 месяцев после операции гипокальциемия сохраняется у 0,9% оперированных пациентов, причем у 0,5% больных гипокальциемия протекает бессимптомно, и только у 0,4% больных после отмены заместительной терапии препаратами Са появляются клинические симптомы гипокальциемии.

Выводы: в большинстве случаев – 90,1% – гипокальциемия носит транзиторный характер, у 0,9% пациентов гипокальциемия сохраняется более 6 месяцев.

ПЕРСИСТЕНЦИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

**ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, ЛАРИН А.А.^{1,3}, КОГУТ О.Б.^{1,2}, МАЗУРОВА О.И.³,
КРАМАРОВА Л.А.^{1,2}, КОГАН М.А.²**

¹ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

³ КБ № 85 ФМБА России

alexandr_larin@mail.ru

Вторичным гиперпаратиреозом страдает от 30 до 45% пациентов, получающих заместительную почечную терапию. Когда уровень паратгормона достигает 800 пг/мл, возникает необходимость хирургического вмешательства. Вариабельная топографическая анатомия околощитовидных желез не всегда позволяет удалить все околощитовидные железы, вследствие чего и после операции у пациентов уровень паратгормона остается высоким.

Типичным расположением верхних ОЩЖ считается задняя поверхность щитовидной железы на уровне с/3 доли, для нижних ОЩЖ – задняя поверхность нижнего полюса щитовидной железы.