

осложненной язвенной болезнью, у 24 (38%) - хроническим гастритом, у 6 (9,5%) - раком желудка, у 11 (17,5%) - патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны. Полученные рН-метрические данные соответствовали эндоскопическим исследованиям.

Внутрижелудочную рН-метрию применяли на всех этапах хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. 24 (10,7%) больным проведена эндоскопическая рН-метрия. После обследования эти больные оперированы. До операции у 9 (37,5%) из них диагностирована абсолютная гиперацидность, у 2 (8,3%) - нормоацидность, у 3 (12,5%) - гипоацидность. В предоперационном периоде вагусный тип желудочной секреции диагностировали у 5 (20,8%) больных. Резекция желудка по Бильрот-I и Бильрот-II на короткой петле выполнена у 19 (79,2%) пациентов, селективная проксимальная ваготомия с друнирующими операциями - у 5 (20,8%).

После операции через 1,5-2 месяца и через 6 месяцев повторно обследовали больных. При этом гиперацидность выявлена - у 2 (8,3%) человек, нормоацидность - у 8 (33,3%), умеренная гипоацидность - у 14 (58,4%).

В 80% случаев внутрижелудочная рН-метрия свидетельствовала об эффективности оперативного лечения (рН-4.0 и более).

ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕТОДА

О.К. Мелеховец, Л.Н. Миронцева (Сумы)

Повышенный интерес к проблемам патологии щитовидной железы привел к пересмотру многих позиций в диагностике, классификации и подходах к лечению отдельных нозологических форм.

В структуре тиреоидной патологии наиболее часто встречаемой является узловатая трансформация ткани щитовидной железы. В настоящее время наличие любого узлового новообразования в ЩЖ должно быть расценено с точки зрения онкологической настороженности.

По данным эндокринологической службы Сумской области, распространенность узловых форм зоба увеличилась с 34,0 на 100 тис. населения в 1990 г. до 300 на 100 тис. населения, т.е. фактически в 10 раз. В структуре узловой патологии ЩЖ удельный процент злокачественных образований возрос с 4% в 1990 г. до 20% в 2001 г. Отсюда очевидна социальная значимость роста данной патологии и необходимость совершенствования методик клинической и функциональной диагностики в сочетании с возможностями морфологической верификации данного диагноза.

Ультразвуковое исследование с высокой разрешающей способностью дает возможность выявлять образования ЩЖ, размеры которых составляют несколько миллиметров, независимо от их локализации в толще ЩЖ. При этом, УЗ-исследования, став широко распространенным и общедоступным неинвазивным методом скрининга структурных изменений ЩЖ, привели к

значительному росту выявляемости тиреоидной патологии. Однако для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований ЩЖ УЗИ имеет ограниченные возможности, так как на сегодняшний день не существует патогномоничных признаков малигнизации.

Наиболее высокоинформативным методом верификации диагноза является тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) ЩЖ под контролем УЗИ с дальнейшим цитологическим исследованием полученного пунктата.

По данным цитологической оценки пунктатов ЩЖ, полученных при проведении ТАПБ на базе СОКБ, доброкачественная природа была подтверждена в 67% случаев, сомнительные результаты составили от 10 до 30%.

Внедрение метода ТАПБ ЩЖ в эндокринологическую практику в Сумской области привело к снижению числа оперативных вмешательств на ЩЖ на 35%, в то же время вдвое возрос процент своевременно удаленных хирургическим путем злокачественных опухолей.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Н.В. Климанская (Сумы)

Ревматоидный полиартрит является хроническим прогрессирующим заболеванием, для которого характерно воспаление и деструктивное разрушение суставов. В последние 10 лет подход к лечению ревматоидного артрита основательно изменился. В настоящее время широко рекомендуется ранняя "агрессивная" базисная терапия сразу после установления диагноза ревматоидного артрита.

Раннее назначение базисной терапии позволяет значительно повлиять на следующие клинические показатели: прогрессирование заболевания (рентгенологически подтвержденные структурные повреждения суставов, боль в суставах, отечность и скованность суставов, качество жизни больных, показатели инвалидности и смертности, острофазовые показатели).

Развитие быстрого клинического эффекта важнейшее преимущество лефлунамида, сульфасалазина и метотрексата, что выдвигает их на лидирующие позиции среди других модифицирующих течение болезни препаратов. Пероральные и парентеральные препараты золота (тауредон, ауринофин), Д-пеницилламин не оправдали возлагающихся на них надежд из-за длительного латентного периода действия и наличия побочных эффектов.