

ры [2, 5], свидетельствуют о том, что многоузловой зоб требует такого же обследования, как и солитарный узел ЩЖ, так как по онкологическому риску эти заболевания не имеют существенных различий. Вместе с тем показания к оперативному лечению больных с (много)узловым зобом достаточно четкие (большие размеры зоба, явления сдавления органов шеи, загрудинный зоб, подозрение на малигнизацию). При небольших зобах и отсутствии данных за аденому и аденокарциному больные нуждаются в консервативном лечении тиреоидными препаратами и наблюдении эндокринолога. Рассмотренные методы обследования — ТПБ и УЗИ ЩЖ — необходимы для квалифицированной диагностики заболевания и обоснованного выбора лечебной тактики. Повторное применение этих методов в динамике позволяет своевременно направить нуждающихся на оперативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Океанова Т. А., Бронштейн М. Э., Базарова Э. Н., Козлов Г. И. // Пробл. эндокринол. — 1990. — № 2. — С. 11—16.
2. Океанова Т. А., Внотченко С. Л., Бронштейн М. Э. // Там же. — № 6. — С. 17—23.
3. Современные принципы обследования больных с заболеваниями щитовидной железы. Метод. рекомендации / Внотченко С. Л., Океанова Т. А., Федосеева Г. И. и др. — М., 1988.
4. Asp A. A., Georgitis W., Waldron T. J. et al. // Amer. J. Med. — 1987. — Vol. 83, N 3. — P. 489—493.
5. Cusick E. L., Krukowski Z. H., Mac Intosh C. A., Matheson N. A. // Brit. med. J. — 1991. — Vol. 303, N 6793. — P. 20—22.
6. De Los Santos E. T., Keyhani-Rofagna S., Cunningham J. J., Mazzaferri E. L. // Arch. intern. Med. — 1990. — Vol. 150, N 7. — P. 1422—1427.
7. Franklyn J. A., Sheppard M. C. // Brit. med. J. — 1987. — Vol. 295, N 6597. — P. 510—511.
8. Griffin J. E. // Amer. J. med. Sci. — 1988. — Vol. 296, N 5. — P. 336—347.
9. Jayaram G., Aggarwal S. // Acta cytol. — 1989. — Vol. 33. — P. 940—941.

10. Liel Y., Sobel R. J. // Amer. J. Med. — 1988. — Vol. 84, N 4. — P. 798—799.
11. LiVolsi V. A. // Surgical Pathology of the Thyroid. — Philadelphia, 1990. — P. 367—381.
12. Matsubayashi S., Tamai H., Morita T. et al. // Clin. exp. Immunol. — 1990. — Vol. 79, n 2. — P. 170—174.
13. Merino M. J., LiVolsi V. A. // Lab. Invest. — 1990. — Vol. 62. — P. 59.
14. Merle S., Zajdela A., Joly J. // Ann. Endocr. — 1987. — Vol. 48, N 1. — P. 63—67.
15. Muller P., Krahnert S., Herrmann F., Hambsch K. // Zbl. allg. Path. path. Anat. — 1986. — Bd 131, N 6. — S. 533—540.
16. Munn J. S., Casteli M., Prinz R. A., Walloch J. L. // Amer. Surg. — 1988. — Vol. 54, N 7. — P. 438—443.
17. Ramaciotti C. E., Pretorius H. T., Chu E. W. et al. // Arch. intern. Med. — 1984. — Vol. 144, N 6. — P. 1169—1173.
18. Schmidt K. W., Lucciarini P., Ladurner D. et al. // Acta cytol. — 1987. — Vol. 31, N 5. — P. 591—594.
19. Simonin R., Barnoin M., Heim M. // Rev. franc. Endocr. clin. — 1987. — Vol. 28, N 3. — P. 177—182.
20. Smith M., McHenry C., Jarosz H. et al. // Amer. Surg. — 1988. — Vol. 54, N 7. — P. 448—449.
21. Westman-Naeser S., Grimelius L., Johansson H., Malmaeus J. // Upsala J. med. Sci. — 1986. — Vol. 91, N 1. — P. 67—76.

Поступила 28.01.93

S. L. Vnotchenko, T. A. Okeanova, M. E. Bronstein, S. B. Nefyodov, G. I. Fedoseyeva — FINE NEEDLE PUNCTURE BIOPSY AND METHODS TO IMAGE THE THYROID IN THE DIAGNOSIS OF NODULAR GOITER

A retrospective analysis of the findings of fine needle puncture biopsy of the thyroid in 256 patients operated on for nodular goiter is presented. Cytologic findings coincided with the histologic in 84.8 % of cases. The coincidences were the most frequent in (multiple) nodular colloid goiter and thyroid cysts (95.7=100 %) and the least so in solitary adenoma (65.4 %) predominantly of a follicular structure. In thyroid cancer the data correlated in 75 % of cases. The presence of cystous changes in adenoma made the investigation less informative. Findings of ultrasonic examination of the thyroid coincided with operative findings in 87.5 % of patients with (multiple) nodular goiter and in 86.1 % of those with adenomas. Ultrasonography as a method for thyroid imaging is preferable to scintigraphy (scanning) and is an optimal supplement to puncture biopsy of the thyroid.

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© Е. Л. ЧОЙНЗОНОВ, С. В. ДУБСКИЙ, 1993

УДК 616.441-008.6-036.1

Е. Л. Чойнзонов, С. В. Дубский

СЛУЧАЙ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ДИСТОПИРОВАННОЙ В КОРЕНЬ ЯЗЫКА

Отделение опухолей головы и шеи (руководитель З. Д. Кицманюк) НИИ онкологии (дир. — член-корр. РАМН Б. Н. Зырянов) Томского научного центра СО РАМН

Чрезвычайная вариабельность формы и положения щитовидной железы обусловлена отклонениями в ее эмбриональном развитии. Специальными исследованиями показано, что приблизительно в половине случаев остатки ткани щитовидной железы обнаруживаются в области подъязычной кости, корне языка [1].

Клинически дистопия в корень языка определяется достаточно редко и проявляется, как правило, при развитии в железе патологических процессов. Чаше — это зоб, кистозное перерождение. Рост зоба обычно приводит к нарушению глотания, дыхания, осложняется кровотечением, зарегистрированы случаи малигнизации. Из 130 наблюдений рака языка в клиниках Онкологического научного центра РАМН рак корня

языка из дистопированных остатков щитовидной железы встретился лишь у 1 больного [2]. Ряд других авторов также располагают единичными наблюдениями [3—5].

Учитывая редкость данной патологии, мы считаем полезным привести собственное наблюдение.

Больная С., 28 лет, обратилась в клинику опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН 2 января 1990 г. Больная жаловалась на дискомфорт в горле при глотании, кровоточивость из корня языка, затруднение дыхания в положении лежа на спине. В 1988 г. почувствовала опухоль в области корня языка, дважды обращалась к оториноларингологу, стоматологу по месту жительства, однако они патологии не обнаружили. Дискомфорт при

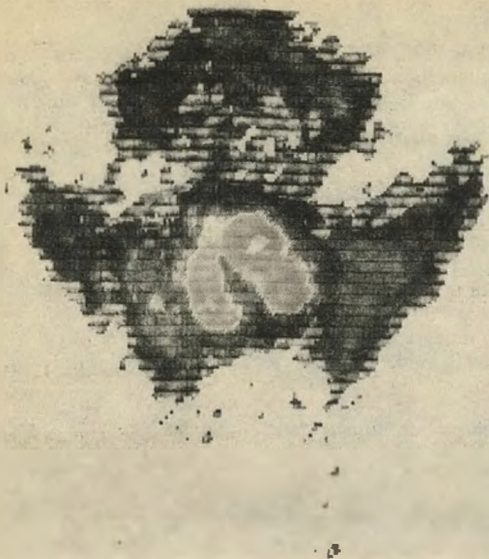


Рис. 1. Сцинтиграмма щитовидной железы.

Очаг накопления радиофармпрепарата определяется в проекции корня языка и отсутствует в месте типичного расположения щитовидной железы.

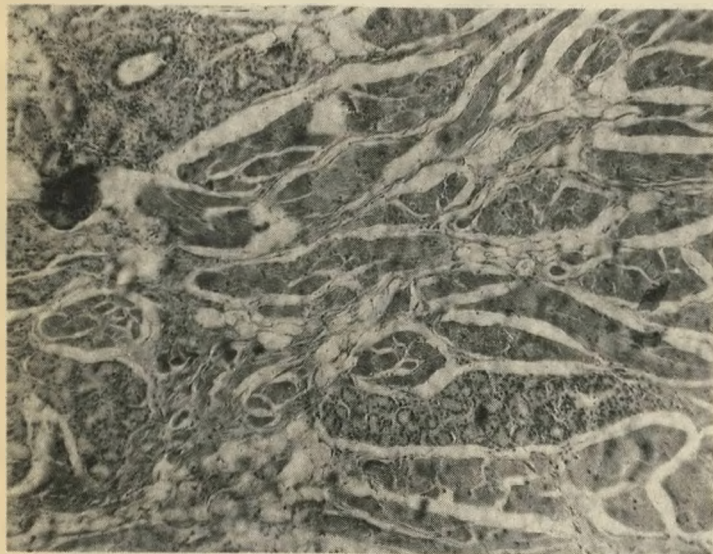


Рис. 2. Полученная морфологическая картина фолликулярного рака при исследовании послеоперационного материала.

Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 120.

глотании, затруднение дыхания, кровоточивость из опухоли усилились, что побудило больную уже в 3-й раз обратиться к оториноларингологу в 1989 г. После проведенного обследования в онкологическом диспансере по месту жительства был поставлен диагноз «аберрантный зуб корня языка (?)», и больная направлена в НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН.

При поступлении пальпаторно шейные лимфоузлы не определялись. Открытие рта в полном объеме. В толще корня языка пальпируется опухоль 5×4 см плотноэластической консистенции, покрытая нормальной слизистой с участком эрозии до

0,5 см в диаметре. В проекции обычного расположения щитовидная железа пальпаторно не определялась. При ультразвуковом исследовании в проекции типичного расположения щитовидной железы ткани, сходной по эхогенности, не выявлено. По данным сцинтиграфии, в проекции корня языка визуализировался очаг накопления радиофармпрепарата (рис. 1).

Кроме того, было трижды проведено цитологическое исследование пунктата из опухолевой ткани. Получено заключение: высокодифференцированный рак щитовидной железы.

В связи со значительными размерами опухоли было решено выполнить оперативное вмешательство наружным доступом. 8 февраля 1990 г. произведены надподъязычная фаринготомия, тиреоидэктомия с резекцией корня языка. Интубация через трахеостому. Во время трахеостомии выполнена ревизия — щитовидная железа в месте ее обычной локализации не обнаружена. Послеоперационный период протекал без осложнений. В ранние сроки была назначена заместительная терапия тиреоидином по 0,1 г 2 раза в сутки с последующим увеличением дозы до 0,3 г/сут. Явлений паратиреоидной недостаточности не наблюдалось. При гистологическом исследовании послеоперационного материала выявлен фолликулярный рак (рис. 2).

При динамическом наблюдении в течение 3 лет общее состояние больной удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Данных, указывающих на рецидив опухоли и метастазирование, не получено. Больной проводится заместительная терапия тиреоидными препаратами. Социальная и трудовая реабилитация полная.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валдина Е. А., Пучков Ю. Г. // *Вопр. онкол.*— 1975.— № 3.— С. 16—18.
2. Матякин Е. Г., Алферов В. С., Федорова Е. Н. // *Стоматология.*— 1981.— № 4.— С. 71.
3. Михайлов Ю. М., Димова М. Н. // *Хирургия.*— 1981.— № 6.— С. 95—96.
4. Пропп Р. М. // *Там же.*— 1964.— № 12.— С. 122—123.
5. Пропп Р. М., Фалилеев Г. В., Заридзе Д. Г. // *Там же.*— 1974.— № 1.— С. 44—47.

Поступила 25.03.93

© Э. П. КАСАТКИНА, Е. А. ОДУД, 1993

УДК 616.379-008.64-085.874.2

Э. П. Касаткина, Е. А. Одуд

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛИКЕМИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ В ДИЕТОТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА (ЛЕКЦИЯ)

Кафедра эндокринологии детского и подросткового возраста (зав.— проф. Э. П. Касаткина) Центрального института усовершенствования врачей, Москва

Сахарный диабет (СД) относится к числу эндокринно-обменных заболеваний, при которых диетотерапия является одним из основных методов лечения. В настоящее время во всем мире наиболее целесообразной в комплексной терапии данного заболевания признана физиологическая диета, которая содержит необходимое для полноценной жизни больного количество калорий при сбалансированном соотношении белков, жиров и углеводов.

Однако традиционное планирование питания при СД, построенное только на физиологической сбалансированности основных пищевых ингредиентов и расчете энергетической ценности каждого приема пищи, недостаточно учитывает один из главных посталиментарных эффектов пищи — ее влияние на уровень сахара в крови. Это приводит к ограничению рациона питания больного СД за счет исключения из меню высокоуглеводных продуктов и блюд, предполагаемый гликемический потенциал которых считается высоким. Например, в диете больного СД традиционно исключаются или ограничиваются изделия из белой пшеничной муки (в том числе макаронные продукты и вермишель), некоторые зерновые крупы (рис, пшеничная и манная крупы), а также некоторые сладкие десертные продукты (мороженое). Такие ограничения популярны и любимых продуктов и блюд в рационе питания больного СД нередко способствуют появлению у больного инсулинозависимого СД (ИЗСД), особенно у детей, негативного отношения к рекомендациям врача, что в свою очередь приводит к достаточно частым нарушениям диеты и как следствие к декомпенсации углеводного обмена.

Убедительной мотивацией для соблюдения назначений врача служит легализация в меню продуктов, которые до заболевания привычно входили в питание больного ребенка (конечно, при условии, что эти продукты обладают невысокими гликемическими свойствами). При таком подходе к формированию диеты заболевший ребенок и члены его семьи быстрее адаптируются к назначению врача, что помогает эффективнее добиваться компенсации заболевания.

Анализ и оценка гликемических эффектов различной пищи позволяют не только расширить диету у больного ИЗСД за счет включения в нее популярных углеводсодержащих продуктов, обладающих невысокими гликемическими потенциалами, но и дают возможность в перспективе достичь максимальной адекватности назначаемой заместительной инсулинотерапии заранее планируемым повышением уровня сахара в крови после приема пищи. Отсутствие четких представлений о гликемическом потенциале различных продуктов на сегодняшний день создает трудности на пути решения этой задачи. Кроме того, замена продуктов в питании больного, получающего экзогенный инсулин, без учета различной выраженности посталиментарного гипергликемического ответа может привести к несоответствию назначаемой инсулинотерапии.

Следует подчеркнуть, что особенно важное значение приобретает оценка гликемического влияния пищи при назначении больному ИЗСД интенсифицированного режима инсулинотерапии, направленного главным образом на нивелирование гликемического эффекта пищи.

Для оценки гликемического влияния пищи и сравнительной характеристики углеводсодержащих продуктов по данному признаку в 80-х годах группой канадских ученых во главе с Д. Дженкинсом был предложен такой показатель, как гликемический индекс (ГИ). Его использование позволяет разделить различные продукты и блюда в зависимости от выраженности их гликемического действия и является новым подходом к планированию питания у больных ИЗСД, так как учитывает не только химический состав рекомендуемой пищи и количество в ней углеводов, но и особенности абсорбции углеводов в организме больного.

В результате многочисленных исследований был выявлен ряд факторов, влияющих на абсорбцию углеводов из углеводсодержащих продуктов, что и определяет различия их гликемических эффектов.

Факторы, определяющие посталиментарную гликемию

В течение долгих лет концепция всасывания углеводов из пищи базировалась на том, что уровень сахара в крови после еды зависит только от количественного и качественного содержания в ней углеводов. Поэтому считалось, что различные продукты, одинаковые по составу углеводов, имеют равноценный гликемический эффект. Вопреки такой точке зрения, исследования посталиментарных гликемических эффектов, проведенные в течение последних 20 лет, достоверно показали, что не отличающиеся по химическому составу углеводные продукты по-разному влияют на содержание глюкозы в крови.

Р. Старо и соавт., исследуя гликемические эффекты различной пищи, обосновали нетрадиционную точку зрения на процессы ассимиляции углеводистой пищи. Согласно предложенной Р. Старо концепции, на абсорбцию содержащихся в продуктах углеводов влияет не только их химическая структура и количественное содержание, но и в немалой степени другие многочисленные факторы. В итоге исследований, проведенных этой группой ученых, было определено более 10 факторов, влияющих на ассимиляцию углеводов из продуктов питания. Безусловно, самыми главными факторами, определяющими постпрандиальную гликемию, были признаны количество и состав углеводов в продукте. При этом отмечалось, что именно от состава углеводов (простые или сложные) в наибольшей степени зависит подъем уровня сахара в крови: простые углеводы обуславливают значительно более быстрый и высокий подъем посталиментарной гликемии, чем сложные. Поэтому потребление продуктов, содержащих простые (легкоусвояемые) углеводы, всегда рекомендовали избегать при СД.

В то же время овощи, фрукты, ягоды, несмотря на высокое содержание в них легкоусвояемых углеводов, не устранились из рациона больных СД. Это объяснялось не только тем, что данные продукты содержат фруктозу (до 50 %), которая в основном метаболизируется в печени в гликоген (при достаточном уровне инсулина) и поэтому в меньшем количестве поступает в периферическую циркуляцию. Оказалось, что содержащиеся в плодово-ягодных продуктах пищевые волокна (ПВ) также оказывают выраженное влияние на углеводный обмен.

Несмотря на то что фармакодинамические свойства ПВ до настоящего времени окончательно не изучены и механизм протекторного действия ПВ полностью не выяснен, предполагается, что благоприятное действие ПВ на углеводный обмен обусловлено следующими эффектами. Во-первых, растворимые ПВ замедляют процессы всасывания углеводов из тонкой кишки путем образования с ними неабсорбируемых комплексов; этот механизм действия ПВ приводит к уменьшению абсолютного количества всасываемых углеводов. Во-вторых, ПВ пролонгируют время эвакуации пищи из желудка, поэтому удлиняется время абсорбции доступных быстрому гидролизу углеводов в тонкой кишке. В-третьих, ПВ потенцируют действие гастрических ингибиторных ферментов и тормозят активность пищевых амилаз, а также влияют на содержание кишечного глюкагона, что оказывает опосредованное влияние на уровень инсулинемии и в итоге на повышение количества сахара в крови.

Кроме того, установлено, что при употреблении пищи, обогащенной клетчаткой, у больных инсулинонезависимым СД (ИНЗСД) и ИЗСД повышается толерантность к углеводам.