

Материалы и методы исследования. Нами было проведено 10-летнее проспективное клиническое исследование 467 пациентов с доброкачественными образованиями ЩЖ, средний возраст 52,7 лет, из них 4,1% (19) мужчин и 95,9% (448) женщин. Диагноз «коллоидно-узловой зоб» был установлен у 38,9% (182) пациентов.

Критериями исключения были злокачественность процесса по данным тонкоигольной аспирационной биопсии с цитологическим исследованием по Папаниколау, множественные рассеянные узлы, загрудинное расположение образования. Процедура осуществлялась под УЗИ контролем, в несколько сессий, включающих аспирацию содержимого кисты, промывание полости стерильным 90% этанолом с последующим введением в полость этанола в объеме 20-70% аспирированного содержимого. Эффективным считалось сокращение образования > 50% начального объема. Статистический анализ проведен в программе SPSS20.0. В ходе исследования было выявлено, что уровень гормонов ЩЖ в среднем в группе исследования до склеротерапии (СКТ) и в последующие точки наблюдения - через 3-6-12 - месяцев и 5-10 лет оставался в пределах нормальных значений, чего обычно не достигается при использовании хирургического метода лечения, дающего послеоперационный гипотиреоз. Динамика среднего объема узлов (см<sup>3</sup>) составила до СКТ - 10,2 (95% ДИ:2,6-14,8), через 3 мес. - 2,8 (95% ДИ:1,2-5,7), через 6 мес. - 1,1 (95% ДИ:0,9-1,5) и в последующие периоды, включая 10-летний рубеж составила - 1,0 (95% ДИ:0,8-1,4) локации гиперэхогенного образования по данным УЗИ. У всех пациентов были купированы косметические жалобы на увеличение передней части шеи и симптомы кома в горле, чувства «сдавления» и «душья».

**Выводы.**

Во всех случаях наблюдения был достигнут значимый клинический эффект в виде сокращения размера образования > 50% от начального, сохраняющийся на длительное время. Данный факт позволяет рекомендовать СКТ этанолом для лечения коллоидно-узлового зоба в качестве малоинвазивного и органосохраняющего метода.

**Заздравнов А.А.**

Харьковский национальный медицинский университет  
г.Харьков, Украина

## **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СИМПТОМАТИКИ ЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА**

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) относится к системным заболеваниям соединительной ткани, при которых наряду с поражением суставного аппарата наблюдаются мультиорганные внесуставные проявления. При АС весьма часто в патологический процесс вовлекаются почки, структуры глаза, сердце. Поражение желудочно-кишечного тракта в целом, и пищевода - в частности при АС обычно связывают с ятрогенным воздействием нестероидных противовоспалительных препаратов. Между тем, непосредственная нозологическая обусловленность эзофагеальных осложнений также имеет место, и, как показывают проведенные оригинальные исследования, данная причина не является редкой.

**Цель исследования.** Оценить экспрессивность эзофагеальных жалоб у больных с различными клиническими формами АС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 47 больных АС, преимущественно мужчин (45), в том числе с центральной формой (ЦФ) - 33, периферической формой (ПФ) - 14. Средний возраст больных - 38,3±3,7 лет, длительность заболевания АС от 4 до 17 лет. Обращалось внимание на такие классические «пищеводные» симптомы как изжога, дисфагия, отрыжка, если они беспокоили не менее 1 раза в течение недели. Характерная для эзофагеальной патологии жалоба на боль за грудиной не оценивалась ввиду практической невозможности различить «пищеводный» и «позвоночный» генез боли, поскольку последняя при АС не всегда имеет четкую клиническую очерченность. При статистической обработке результатов определяли критерий  $\chi^2$ , который отражал, насколько значительно

## **Клинические аспекты терапии и педиатрии**

отличаются друг от друга эмпирические и теоретические частоты переменных. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез составлял 0,05.

Результаты и их обсуждение. Хотя бы один из вышеуказанных «пищеводных» симптомов наблюдался у 42 (89,4%) пациентов с АС, не менее двух - у 31 (66,0%) больного, все три симптома - у 25 (53,2%) пациентов. Наиболее частой жалобой была изжога, которая наблюдалась у 35 больных (74,5%), при этом данный симптом был одинаково распространен у пациентов с различными формами ХБ: 25 (75,8%) случаев - среди пациентов с ЦФ и 10 (71,4%) - среди больных с ПФ. Следует указать, что данный показатель значительно превышал среднепопуляционный уровень (20-40%). Жалобы на отрыжку и дисфагию встречались примерно одинаково - соответственно у 32 (68,1%) и 31 (66,0%) пациентов с АС. Относительная экспрессивность отрыжки была более высокой у пациентов с ЦФ (24 - 72,7%) по сравнению с больными с ПФ (8 - 57,1%), однако статистически значимых различий по данному признаку не отмечалось ( $df=1$ ,  $\chi^2=1,099$ ,  $p=0,294$ ). Жалобы на дисфагию предъявлялись значительно более часто пациентами с ЦФ (25 - 75,8%) по сравнению с больными с ПФ (6-42,9%). Данные различия были статистически достоверными ( $df=1$ ,  $\chi^2=4,739$ ,  $p=0,029$ ).

Выводы.

Частота выявления симптомов, характерных для поражения пищевода в среде больных АС, превышает среднепопуляционный уровень. Это можно объяснить как системностью поражения, так и анатомо-физиологическими изменениями, которые сопровождают АС.

Центральная форма АС более симптоматична (дисфагия, отрыжка) что, вероятно, связано с частым и тяжелым (по сравнению с периферической формой АС) поражением шейно-грудного отдела позвоночника и, следовательно, анатомо-функциональными изменениями пищевода.

**Затеева Т.Н., Анешина И.И., Силантьева Е.В., Старцева И.В.**

ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»  
г.Кемерово, Россия

## **ПРЕИМУЩЕСТВО АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ**

Обязательной составной частью общего клинического анализа крови является определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Этот показатель является неспецифическим тестом, значение которого зависит как от состояния самого организма, так и от лабораторных факторов (преаналитических и аналитических).

Для определения СОЭ используются ручные и автоматизированные методы исследования.

К ручным методам относятся микрометод Панченкова и рекомендованный Международным комитетом по стандартизации в гематологии метод Вестергрена. Результат анализа определяется по конечной точке оседания эритроцитов.

Источниками ошибок при определении СОЭ ручными методами являются:

условия забора и хранения крови, температурный режим помещения, неточное дозирование цитрата или крови, неправильная постановка пробы, квалификация персонала.

Данные методы не имеют контрольных материалов и не снабжены системой документирования результатов, требуют значительных временных затрат.

Для автоматизированного определения СОЭ применяются автоматические и полуавтоматические анализаторы.

С 2017 года в клинической лаборатории ГАУЗ КОКБ определение СОЭ проводится на автоматическом анализаторе Roller 20 PN фирмы Alifax Италия.

Roller 20 PN - модель с ротором на 20 проб для работы в закрытой системе и внешней иглой для ручного забора проб.

В основе исследования лежит принцип капиллярной микрофотометрии с использованием кинетического метода «остановленной струи». Диапазон измерений от 2 до 120 мм/ч.

Для исследования используется цельная кровь с К ЭДТА в качестве антикоагулянта. Анализ должен быть произведен в течение 4 часов при условии хранения при комнатной температуре. Прибор автоматически перемешивает пробы, первый результат доступен через