

Результаты исследования

Эффективность проводимой склеротерапии как основного метода лечения у пациентов мы оценивали по следующим критериям: 1) хороший эффект (больные, у которых после начала ЭС нет ПК или их рецидивов, имеется существенное снижение степени ВРВП) – 41 человек (43%); 2) удовлетворительный эффект (больные, у которых после начала ЭС нет ПК или их рецидивов, имеется стабилизация ВРВП или его незначительное уменьшение) – 26 детей (28%); 3) отсутствие эффекта (когда у больных, получающих ЭС, возникают ПК или их рецидивы, а степень ВРВП не имеет тенденции к снижению) – 12 больных (13%).

Помимо этого у 15 детей (16%) отмечается хороший эффект от сочетания ЭС с выполненной операцией разобщения или спленоренального шунтирования. Таким образом, суммарный положительный эффект ЭС достигнут у 82 (87%) больных.

Из всей группы у 37 больных (39%) кровотечений не было ни до склеротерапии, ни после её проведения. У них при использовании ЭС как основного метода лечения удалось добиться следующих результатов: полного исчезновения ВРВП при исходной II–III степени (13 человек), снижения ВРВП с IV до I–II степени (24 человека).

В процессе исследования мы выявили, что склеротерапия не эффективна в случае локализации варикозно расширенных вен в кардиальном отделе и области дна желудка. Это отмечено у семи пациентов основной группы, что у всех потребовало оперативного вмешательства в том или ином объёме (операция Таннера-Пациоры, спленоренального шунтирования). При этом во всех случаях интраоперационно было подтверждено варикозное расширение вен желудка.

Осложнения метода склеротерапии развились у 3 больных (4%) в виде явлений постсклеротического стеноза кардиального отдела пищевода (пациенты, которым было выполнено 8–10 сеансов ЭС). Это потребовало проведения по одному курсу бужирования пищевода, чего было вполне достаточно для ликвидации стеноза.

Из вышеизложенного следует, что ЭС не всегда имеет положительный эффект, что требует применения оперативного лечения. А именно:

1) при возникшем ПК, не поддающемся комплексу консервативных и эндоскопических мероприятий в течение 48 часов, выполняем операции спленоренального шунтирования или гастроэзофагеального разобщения; 2) при прогрессировании ВРВП, несмотря на проводимую склеротерапию, предпочтение отдаём операции дистального спленоренального шунтирования в плановом порядке; 3) в случае СПГ, осложнённого декомпенсированным гиперспленизмом, резистентным к медикаментозному лечению, выполняем спленэктомия в сочетании с проксимальным спленоренальным шунтированием или гастроэзофагеальным разобщением.

Обсуждение

Эндоскопическое склерозирование является весьма эффективным в лечении ВРВП у детей с СПГ как самостоятельный метод в большинстве случаев, так и в сочетании с хирургическим вмешательством и медикаментозной терапией. Также несомненна высокая эффективность ЭС в плане профилактики кровотечения из ВРВП. Предлагаемая нами тактика лечения СПГ позволяет дифференцированно подходить к выбору метода лечения у конкретного больного, который зависит от стажа заболевания и степени его компенсации. Это позволяет нам рекомендовать ЭС в качестве метода выбора в лечении и профилактике ПК у больных с СПГ в условиях детской хирургической клиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пациора М. Д. Хирургия портальной гипертензии. – М., 1974. – С. 178–186.
2. Белоконев В. И. Диагностика и лечение повреждения пищевода / В. И. Белоконев, В. В. Замятин, Е. П. Исмаилов. – Самара, 1999. – 160 с.
3. Галлингер Ю. И. Эндоскопическая хирургия стенозов пищевода и желчных протоков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – Т. 7. № 3. – С. 30–34.
4. Allagile D. // J. pediat. gastroent. nutr. – 1986. – Vol. 5. – P. 861–886.
5. Belghili J., Grenier D. // Arch. surg. – 1981. – Vol. 116. – P. 1121–1124.
6. Evans S., Stovroff M., Heiss K., Rickens R. // J. pediat. surg. – 1995. – Vol. 30. № 4. – P. 1115–1118.

Поступила 13.10.2012

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, В. М. СТАРЧЕНКО¹, В. М. НАДГЕРИЕВ¹,
А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹, А. Н. ЛУНЯКА¹, О. Э. ЧУЛКОВ²,
Т. П. ШУМЛИВАЯ², Н. В. МИКАВА²**

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (918) 174-74-75. E-mail: starchenkovvalera@mail.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru

Проведен анализ хирургического лечения 271 ребёнка по поводу узловых поражений щитовидной железы и токсических форм зоба. Комплекс ультразвукового исследования, доплеровского анализа тиреоидного кровотока и тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы под ультразвуковым контролем позволяют определять точный диагноз

и осуществлять мониторинг ситуации в диагностически сложных случаях. Проведён анализ лечения 250 детей с узловым зобом. Доля рака среди них составила 20,8%. Проведен анализ хирургического лечения 21 больного с диффузным токсическим зобом. Определена хирургическая тактика при узловых формах зоба и диффузном токсическом зобе.

Ключевые слова: щитовидная железа, зоб, лечение, дети.

**V. A. TARAKANOV¹, V. M. STARCHENKO¹, V. M. NADGERIEV¹,
A. E. STRYKOVSKY¹, A. N. LUNYAKA¹, O. E. CHULKOV², T. P. SHUMLIVAYA², N. V. MIKAVA²**

DIAGNOSTICS AND MEDICAL TACTICS AT DISEASES OF A THYROID GLAND AT CHILDREN

¹*Chaise of surgical disease childhood SBI of HI KS MU health Ministry of Russia,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8918-174-74-75. E-mail: starchenko valera@mail.ru;*

²*Children's regional clinical hospital,
Russia, 350007, Krasnodar, Victory's sq., 1, tel. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru*

The analysis of surgical treatment of 271 children concerning nodal lesions of a thyroid gland and diffusing toxic forms of a struma is carried out. The ultrasonic investigation complex, the analysis of a thyroid blood ow and aspiration biopsy of thyroid gland under ultrasound – control allows to de ne the exact diagnosis and to carry out situation monitoring in diagnostically dif cult cases. The analysis of treatment of 250 children with a central formations of a thyroid gland is carried out, the share of a cancer has made 20,8% of them. The analysis of surgical treatment of 21 children with diffusing toxic forms of a struma. Surgical tactics is defined at central forms of a craw and a diffusing toxic craw.

Key words: thyroid gland, a craw, treatment, children.

Введение

Среди эндокринологических заболеваний есть заболевания, которые следует лечить консервативно. Некоторые эндокринологические заболевания подлежат только хирургическому лечению. Есть эндокринологические заболевания, при которых терапевтические и хирургические методы конкурируют.

Считается, что узловым зобом (УЗ) у детей в большинстве случаев требует операции. Особенно это касается раковых узлов. При раке щитовидной железы (ЩЖ) всегда показано хирургическое лечение, но в отношении объёма операции проблема ещё окончательно не решена [5, 8]. В настоящее время среди хирургов обсуждается новая концепция хирургии ЩЖ. Ставится вопрос о необходимости хирургического лечения доброкачественных узлов (6), так как возможность малигнизации доброкачественного узлового зоба поставлена под большое сомнение. В детской хирургической эндокринологии каждый узел ЩЖ реально может быть раковым, а на основании современных методов диагностики УЗ отличить раковый узел ЩЖ от доброкачественного абсолютно точно невозможно. Процент несоответствия диагноза до и после операции различается нередко.

Интерес хирургов к вопросам диагностики и лечения узловых образований ЩЖ не ослабевает. Он поддерживается ростом их распространенности (за последние 10 лет частота встречаемости УЗ у детей возросла в 6 раз), риском выявления онкологической патологии, нерешенными вопросами диагностики и лечебной тактики [1, 2, 8].

На сегодняшний день одним из наиболее дискуссионных вопросов в детской хирургии остается выбор оптимального объема операции при УЗ [7, 8].

Остается нерешенным вопрос о показаниях и объёме хирургического лечения диффузного токсического зоба (ДТЗ) у детей [3, 6]. ДТЗ проявляется увеличением всей ЩЖ, синдромом поражения сердечно-сосудистой системы, поражением центральной и периферической нервной системы, множеством кли-

нических синдромов. Болеют в 6–8 раз чаще девочки в пубертатном периоде. Среди методов лечения у детей используются консервативный и хирургический. Объём операции остаётся нерешенным вопросом [3, 6]. Чаще используются различные методики субтотальной резекции (СР). Последние годы появились работы о тироектомии (ТЭ) при ДТЗ. Что касается лечения ДТЗ радиоактивным йодом, то следует отметить нежелательность использования его у детей по известным причинам. Кроме того, в нашей стране относительная редкость использования лечения радиоактивным йодом объясняется малым количеством проводящих радиойодотерапию центров [5].

Материалы и методы исследования

При сборе анамнеза акцентировалось внимание на особенностях семейного анамнеза, месте рождения и проживания ребенка как в настоящий момент, так и в предыдущие годы, наличии сопутствующей врожденной и приобретенной патологии, наличии в анамнезе лучевого воздействия на область головы и шеи.

Клиническое обследование: оценивались клинические проявления: изменение голоса, слабость, сонливость – признаки гипопункции или гиперфункции ЩЖ; похудание, повышенный аппетит, тремор рук, лабильность.

Пальпация: осуществляется со стороны груди и со стороны спины. Определяли консистенцию железы, степень её увеличения, консистенцию пальпируемого узла, размеры и локализацию узлов, болезненность, спаянность и смещаемость узлов, а также зоны регионарного метастазирования – передние и задние лимфоузлы шеи.

Лабораторные методы исследования: общий анализ крови, гормонограмма, ионограмма. В гормонограмме наибольшую ценность представляло определение уровня тиреотропного гормона. При ДТЗ определяются ТТГ, Т3, Т4, а также свободные фракции этих гормонов в сыворотке крови, АТ-ТПО.

Ультразвуковое исследование: использовали ультразвуковой аппарат «АЛОКА» «ProSound 3500» с

цифровым доплеровским картированием. Исследование проводилось в двух сечениях. Измерение осуществлялось по трем параметрам: длине (А), ширине (В) и сагитальному размеру (С). Объем ткани железы рассчитывались по формуле: $V=0,479(A \times B \times C)$ мл, $V=\pi/6(A \times B \times C)$ см³.

Лучевые методы исследования: использовались рентгеноаппарат «Simphony Genius NF» и спиральный компьютерный томограф «General Electric Light-Speed». Рентгенографию органов грудной клетки и/или КТ шеи и грудной клетки использовали только при выявлении по данным вышеуказанного обследования клинических признаков наличия злокачественного образования в железе с целью выявления метастазов.

Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) под УЗИ-контролем.

В случае наличия многоузлового зоба каждый узел пунктировался разными иглами. На предметных стеклах выполнялись мазки-отпечатки для последующего цитологического исследования. При ДТЗ ТАБ проводилась в каждой доле ЩЖ.

Катамнестический метод: проведена разработка катамнеза пролеченных больных с узловым зобом с использованием составленного нами опросника.

Разработка катамнеза проводилась путем непосредственного контакта с больным и на основании клинического обследования, включавшего УЗИ ЩЖ и мягких тканей шеи, определения гормонального профиля и электролитов крови.

Результаты исследования

Проведен анализ результатов лечения 271 больного от 3 до 18 лет, находившихся на лечении в клинике детской хирургии Кубанского государственного медицинского университета с 1988 по 2011 г. по поводу узловых форм поражения щитовидной железы и токсических форм зоба. Среди них у 169 детей с узловым зобом прослежен отдаленный катамнез, сроки которого составили от 5 до 20 лет.

Проанализированы результаты лечения 24 детей с доброкачественными новообразованиями щитовидной железы (ЩЖ), пролеченных в клинике с 2008 по 2010 г. с использованием малоинвазивного метода лечения – склеротерапии (СТ) 96%-ным этиловым спиртом.

У всех больных диагноз подтвержден морфологическим исследованием операционного материала. Все дети на момент поступления находились в состоянии эутиреоза.

Среди узловых форм зоба доброкачественные новообразования диагностированы у 200 больных (80,5%), у 50 пациентов (19,5%) выявлен рак щитовидной железы (ЩЖ).

Мальчиков было 36 (14,4%), девочек – 214 (85,6%).

При этом срок заболевания составил до 6 месяцев у 171 (68,4%) ребенка, 6–12 месяцев – у 36 (14,4%) и более года – у 43 (17,2%) детей.

Из всех детей с Уз поражения правой доли отмечались у 109 больных (43,6%), левой доли – у 80 пациентов (32,80%), множественные поражения – у 55 детей (22%), узлы перешейка – у 4 детей (1,6%).

УЗИ выполнено 199 больным (79,6%). В течение последних 17 лет УЗИ выполнялось в 100% случаев.

Размеры узлов на момент обследования в стационаре достигали: до 1 см – у 40 детей (16,0%), от 1 до 3 см – у 123 больных (49,2%), более 3 см – у 87 пациентов (34,8%).

Увеличение регионарных лимфоузлов отмечено у 14 детей (5,6%).

Предоперационная тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) проведена 212 больным (84,8%). 9 больным с увеличенными лимфоузлами проведена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) узлов. В 6 случаях (66,7%) выявлены метастазы рака щитовидной железы (ЩЖ) в лимфоузлы.

Все дети оперированы. Структура выполненных операций следующая: резекций доли (РД) ЩЖ – 122 (48,8%), гемитиреоидэктомий (ГТЭ) – 68 (27,4%), субтотальных резекций железы (СТР) – 56 (22,6%), тиреоидэктомий (ТЭ) – 3 (1,2%). При поражении лимфоузлов выполнялось футлярно-фасциальное удаление лимфоузлов и клетчатки (ФФЛД).

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 10 детей (4%): транзиторный парез возвратного нерва – у 4 пациентов, у 6 больных – гипопаратиреоз, купированный медикаментозно.

Нами пролечено 24 ребенка с доброкачественным узловым зобом (УЗ) методом склеротерапии (СТ) этиловым спиртом. По результатам проведенного УЗИ узлы были представлены преимущественно кистами с однородным содержимым. При наличии солидного компонента последний не превышал 1/3 объема узла. Объем узлов составлял 1,0–5,0 см³ и не превышал 1/2 объема доли ЩЖ.

Проведен анализ хирургического лечения 21 больного с диффузным токсическим зобом за период с 2004 по 2011 г. Все больные были в возрасте от 10 до 17 лет. Девочек было 17 (81%), мальчиков – 4 (9%). Диффузный зоб 4-й степени установлен у 12 больных, 3-й степени – у 9. УЗИ показало изменения, характерные для диффузного токсического зоба (ДТЗ). На фоне этих изменений у 9 (43%) пациентов имелись единичные и множественные узловые образования. По данным цитологического и гистологического исследований после операции выявлены аденоматозные узлы (токсическая аденома, коллоидный узел). Длительность лечения до операции составляла от 6 месяцев до 4 лет. Показаниями к хирургическому лечению явились длительное (6–12 мес.) неэффективное консервативное лечение, рецидивирующее течение, наличие узлов в ткани железы. Субтотальная резекция щитовидной железы по О. В. Николаеву выполнена 16 больным (76,2%), 5 (23,8%) больных оперированы по способу Е. С. Драчинской. Рецидив диффузного токсического зоба (ДТЗ) при катамнестическом исследовании выявлен у одного больного.

Обсуждение

При обсуждении диагностической значимости различных клинических признаков, лабораторных методов, УЗИ следует признать, что они служили главным образом скрининговыми методами диагностики при дифференцировке злокачественного и доброкачественного процессов в железе на дооперационном этапе [6].

Наиболее информативным диагностическим методом является тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) под УЗИ-контролем [2, 6]. Чувствительность данного метода составила 83,0%, а специфичность – 100%. Процент ошибок составил 4,0%.

При комплексной оценке приведенных выше клинических данных, а также результатов тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) и УЗИ можно

с достоверностью 91% судить о злокачественности или доброкачественности узла на дооперационном этапе.

Склеротерапия при узловом зобе по определённым показаниям имеет важную роль [1]. На основании анализа результатов лечения 24 детей с доброкачественным узловым зобом (УЗ) методом склеротерапии (СТ) можно говорить об эффективности и обоснованности данного метода. В 18 случаях (75%) уже через 3 месяца имел место рубцовый процесс. У 6 детей (25,0%) применены повторные курсы инъекций в связи с неполным регрессом узла через 3 месяца и наличием остаточной кистозной полости. У 2 детей (8,3%) в процессе динамического наблюдения даже после повторной склеротерапии склеротические изменения были слабо выражены, сохранялась кистозная полость. Им проведено оперативное вмешательство. Осложнений после склеротерапии не отмечалось.

Для оценки эффективности проведенного нами лечения прослежен отдаленный катамнез (сроки от 5 до 20 лет) у 126 оперированных детей с доброкачественными новообразованиями ЩЖ.

Рецидив в сроки от 2 до 5 лет возник у 6 больных (4,7%). Оценка зависимости возникновения рецидива от сроков заболевания, объема оперативного вмешательства и морфологической формы УЗ достоверной сопряженности не выявила.

Таким образом, объем операции при доброкачественном узловом зобе определяется только распространенностью процесса в железе. Органосохраняющие операции дают хороший результат.

В случае раковых опухолей щитовидной железы (ЩЖ) при выборе объема оперативного вмешательства мы руководствовались распространенностью процесса в железе, наличием или отсутствием метастазов в регионарных лимфоузлах.

Полученные данные позволяют говорить о хорошей диагностике рака щитовидной железы на ранних этапах.

Все дети прооперированы. В подавляющем большинстве случаев (98%) выполнены органосохраняющие операции.

Из 52 детей со злокачественными поражениями щитовидной железы отдаленный катамнез прослежен у 45. Повторные операции были выполнены 14 пациентам (29,6%) – всем щитовидная железа удалена полностью.

Для оценки эффективности проведенного лечения сопоставлены результаты, полученные при разработке катамнеза, с объемом выполненного оперативного вмешательства при различных видах рака ЩЖ и распространенностью процесса в ней. Результаты сопо-

ставления показывают, что количество рецидивов значительно больше в группе больных с резекцией доли (РД) щитовидной железы и составило 33,3%, что говорит о нецелесообразности проведения данного вида оперативного вмешательства при злокачественном процессе в щитовидной железе.

Диагностика и подготовка больных с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) проводились в отделении эндокринологии, где больные доводились до стабильного эутиреоза, и совместно с эндокринологом решался вопрос о показаниях к операции. Считаем, что операция показана при длительности неэффективного лечения [7] в течение 6–12 месяцев, рецидивирующем течении, наличии узлов в ткани ЩЖ. Операцией выбора на настоящий момент считаем субтотальную резекцию железы. Получение гипотиреоза не должно рассматриваться как осложнение или проблема – это отличный результат операции [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Ю. К., Мозутов М. С. Малоинвазивная хирургия щитовидной железы: Учеб. пособие. – М.: Медицина, 2005. – С. 89–95.
2. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия: Учеб. для студентов мед. вузов – СПб, 1999. – Т. 3. – С. 298–300.
3. Бондаренко В. О., Дэпью Т. И., Скачко Т. В. Сравнительная характеристика различных методов операций при диффузном токсическом зобе // Матер. 4-го Всероссийского тиреологического конгр. – М., 2007. – С. 23.
4. Ванушко В. Э., Кузнецов Н. С., Бельцевич Д. Г. Послеоперационный гипотиреоз // Эндокринная хирургия. – 2009. – № 1 (4). – С. 17–19.
5. Валдина Е. А. Объем оперативного вмешательства при высокодифференцированном раке щитовидной железы // Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 52. № 1. – С. 119–122.
6. Морозов Д. А. Детская тиреоидная хирургия: анализ результатов операций и обсуждение современной концепции // Рос. вестник. – 2011. – № 4. – С. 9–15.
7. Петунина Н. А., Трухина Л. В. Факторы, влияющие на прогнозирование консервативного лечения диффузного токсического зоба // Матер. 4-го Всероссийского тиреологического конгр. – М., 2007. – С. 134.
8. Шишков Р. В., Поляков В. Г., Павловская А. И. Современные подходы в диагностике и лечении РЩЖ у детей и подростков // Настоящее и будущее детской онкологии: Матер. 4-го съезда детских онкологов России с международным участием. – М., 2008. – С. 177.

Поступила 20.10.2012

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, О. А. ТЕРЕЩЕНКО², Н. В. ПЕЛИПЕНКО²,
А. В. ШАТОВ², И. С. ЛЕВЧЕНКО², М. Ю. ЕРЕДЖИБОКОВА²,
О. Г. КАРДАШ^Р, Ш. В. ВАРДОСАНИДЗЕ², Е. Г. КОЛЕСНИКОВ¹**

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 267-20-91. E-mail: Dxo3@mail.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru