

Малоинвазивная хирургия щитовидной железы

 А.А. Щеголев, А.А. Ларин, О.Б. Когут, М.А. Коган, Е.А. Хитрова

Кафедра хирургии Московского факультета РГМУ

Основными методами лечения узлового зоба являются консервативный и хирургический, каждый из которых имеет свои недостатки. У консервативного метода лечения — это низкая эффективность (только у 10–20% пациентов отмечается отчетливый эффект), большая длительность, осложнения (остеопороз, сердечная патология). К недостаткам хирургического лечения относятся высокая стоимость, период нетрудоспособности больного (около 1 мес после операции), необходимость пожизненной заместительной терапии L-тироксинном, а также риск послеоперационных осложнений: кровотечения со сдавлением сосудисто-нервного пучка шеи и рефлекторной остановкой дыхания (частота 1–2%), гипопаратиреоза (1–7%), повреждения гортанных нервов (0,1–10%), рецидива зоба (1–39%), формирования патологического рубца (гипертрофический, келоидный). Кроме того, около 40% случаев узлового зоба наблюдается у пожилых больных, у которых часты многочисленные сопутствующие заболевания, поэтому кроме опасности оперативного вмешательства присоединяется вероятность осложнений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем организма. В связи с этим актуальным становится внедрение в хирургическую практику малоинвазивных методов лечения узлового зоба — диатермокоагуляции, этаноловой деструкции и лазериндуцированной термотерапии.

Материал и методы

В настоящее исследование вошли 116 больных с узловым зобом, которым выполнена **чрескожная склерозирующая тера-**

пия этанолом (ЧСТЭ) узловых образований щитовидной железы.

Критерии включения пациентов:

- узловые образования в щитовидной железе, подтвержденные при ультразвуковом исследовании (УЗИ);
- неэффективность консервативных методов лечения;
- доброкачественный характер образований, подтвержденный цитологическим методом (пункционную тонкоигольную аспирационную биопсию проводили под контролем УЗИ);
- наличие выраженной сопутствующей патологии, исключающей возможность хирургического вмешательства, или категорический отказ пациента от операции.

Критерием исключения для проведения ЧСТЭ было подозрение на злокачественное поражение щитовидной железы.

По характеру патологии больные распределены следующим образом:

56 больных (48,3%) — одноузловой эутиреоидный зоб;

12 (10,3%) — многоузловой эутиреоидный зоб;

48 (41,4%) — рецидивный зоб (47 из них с эутиреозом и 1 больная с токсической аденомой щитовидной железы).

По данным УЗИ структура склерозируемых образований была следующей:

60 образований (51,7%) — узлы гипоэхогенной структуры;

11 (9,5%) — кисты;

28 (24,1%) — узлы с частичной кистозной дегенерацией;

15 (12,9%) — изоэхогенные узлы;

2 (1,7%) — гиперэхогенные узлы.

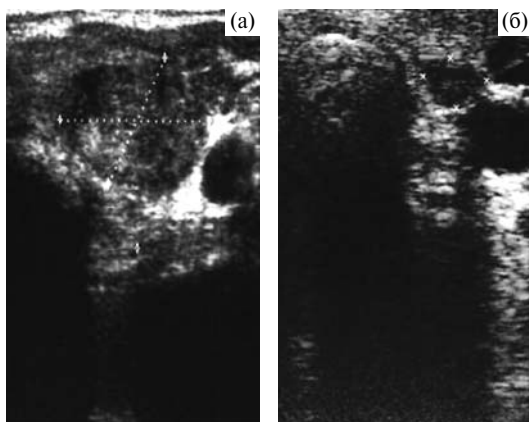


Рис. 1. УЗИ щитовидной железы больной П. с узловым эутиреоидным зобом: а — до лечения — узел размерами 25,1 × 19,1 × 22,8 мм, объем 5,7 мл; б — после лечения (срок наблюдения 24 мес).

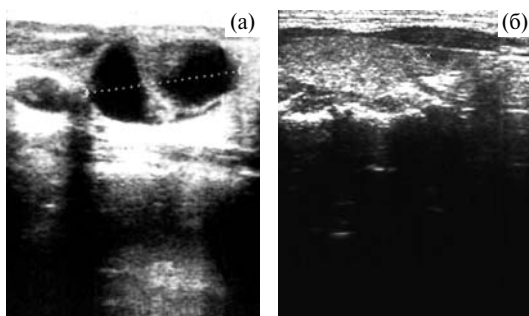


Рис. 2. УЗИ щитовидной железы больной С. с узловым эутиреоидным зобом: а — до лечения — узел размерами 19,8 × 18 × 25,8 мм, объем 4,8 мл; б — после лечения (срок наблюдения 10 мес).

Размеры узлов щитовидной железы, которые подвергали ЧСТЭ, колебались от 7,8 до 52,1 мм в диаметре (объем от 0,6 до 51,9 мл). У 92 больных объем узла не превышал 17 мл. За один сеанс вводили этанол в количестве 30% от объема узла.

Для оценки эффективности и целесообразности применения ЧСТЭ при лечении узлового зоба было проведено сравнение двух групп больных. Первую группу составили 1303 пациента с узловыми образова-

ниями щитовидной железы (698 — с одноузловым и 605 — с многоузловым зобом), оперированных в период с начала 2005 по июнь 2007 г., а во вторую группу вошли 116 пациентов, которым была проведена ЧСТЭ.

Результаты и обсуждение

В первой группе осложнения отмечены у 26 больных (2%): кровотечения — в 0,1% случаев, паратиреоидная недостаточность — в 0,3%, повреждения возвратных нервов — в 1,5%, двустороннее повреждение гортанных нервов, потребовавшее наложения трахеостомы, — в 0,1%. У большинства больных в раннем послеоперационном периоде отмечались симптомы остеохондроза шейного отдела позвоночника, что связано с положением больного на операционном столе с запрокинутой назад головой в течение 1–2 ч.

Все оперированные больные в течение первых суток после операции должны были находиться в послеоперационной палате с отдельным сестринским постом, и в течение первых 2 сут в связи с выраженным болевым синдромом им требовалось обезболивание ненаркотическими анальгетиками.

Длительность госпитализации составила в среднем 12,8 койко-дня, а период временной нетрудоспособности у работающих больных — от 14 до 30 дней.

Практически все больные первой группы с момента операции нуждаются в пожизненной заместительной терапии препаратами L-тироксина в суточной дозе 25–200 мкг. Количество рецидивов узлового зоба в этой группе не отслеживалось в связи с малыми сроками наблюдения, но, по имеющимся у нас данным, в течение 10 лет после операции рецидив узлового зоба, требующий повторного хирургического вмешательства, развивается у 5% больных.

Во второй группе после проведения ЧСТЭ серьезных осложнений не отмечалось. У 3 больных (2,6%) после инъекции возникла осиплость голоса, что связано, по всей видимости, с алкоголизацией возвратного гортанного нерва. У 1 пациентки голос восстановился в течение суток, у 2 других больных – в течение 1,5 мес.

После проведения ЧСТЭ больные не нуждались в пребывании в послеоперационной палате с индивидуальным сестринским постом. В первый день после инъекции этанола лишь у 2 пациентов (1,7%) имелся болевой синдром, который потребовал обезболивания ненаркотическим анальгетиком.

Средняя длительность госпитализации составила 6 сут, период временной нетрудоспособности у работающих больных – 5–8 сут. Пациенты могли приступить к работе на следующий день после окончания курса лечения.

Отдаленные результаты ЧСТЭ прослежены у 88 больных (срок наблюдения ≥ 6 мес). Случаев развития гипотиреоза после проведенного лечения не отмечено. У 86 больных (97,7%) отсутствовали компрессионные явления и произошло уменьшение размеров узлового образования (рис. 1 и 2). Размеры узлового образования уменьшились на 70–100% у 65 больных (73,9%), на 50–69% – у 14 (15,9%), менее чем на 50% – у 7 (7,9%). У 2 пациентов (2,3%) с наибольшими узлами (48,9 и 51,9 мм) размеры узла не изменились и сохраняются прежние жалобы.

Заключение

Чрескожная склерозирующая терапия этанолом является эффективным методом лечения больных с узловыми образования-

ми щитовидной железы. Метод применим у больных с доброкачественными узловыми образованиями щитовидной железы, у которых консервативное лечение оказывается неэффективным, а хирургическое лечение невозможно из-за выраженной сопутствующей патологии. Благодаря отсутствию серьезных осложнений ЧСТЭ может проводиться в амбулаторных условиях и не приводит к утрате трудоспособности. ЧСТЭ у пациентов с узловым зобом не приводит к развитию гипотиреоза и не требует проведения заместительной терапии препаратами левотироксина.

Рекомендуемая литература

- Александров Ю.К., Могутов М.С., Крюкова Н.А., Сихарулидзе Э.Н. // Современные аспекты хирургической эндокринологии. Челябинск, 2000. С. 22–27.
- Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. СПб., 1998.
- Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. М., 2000. С. 147–231.
- Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. Хирургическая эндокринология. СПб., 2004. С. 81–269.
- Климченков А.П. Пункционная деструкция доброкачественных новообразований щитовидной железы: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.
- Козлов В.И. Современные направления в лазерной медицине // Лазерная медицина. 1997. № 1. С. 6–12.
- Милку Шт.-М. Терапия эндокринных заболеваний. 2-е изд., перераб. Бухарест, 1972. С. 214–423.
- Papini E., Panunzi C., Pacella C.M. et al. Percutaneous ultrasound-guided ethanol injection: a new treatment of toxic autonomously functioning thyroid nodules? // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1993. V. 76. № 2. P. 411–416.