

Рис. 1. Показатели АОЕ крови у больных с гнойно-хирургическими инфекциями ($p=0,95$): 1 — контрольная группа; 2 — больные до лечения; 3 — получавшие комплексную терапию без ксимедона (физиологический контроль); 4 — леченные дополнительно ксимедоном.

которых включали ксимедон и недостоверное — у леченных традиционно (рис. 1).

После выписки из стационара пациентов направляли на амбулаторное долечивание с назначением ксимедона, а через 2 недели — на контрольное обследование показателей АОЕ.

Через 2 недели амбулаторного долечивания у пациентов, принимавших ксимедон, показатель АОЕ увеличился по сравнению с таковым у больных к моменту выписки из стационара и достоверно приблизился к физиологической норме (рис. 2).

Существенный вклад в процессы заживления гнойно-воспалительных хирургических процессов вносит состояние микроциркуляции, которая во многом зависит от гемореологии. Корреляционный анализ показал, что существует линейная взаимосвязь между интегральной АОЕ крови и некоторыми клинико-биохимическими показателями крови (см. табл.).

Параметры корреляции между АОЕ и клинико-биохимическими показателями

Показатели	Уравнение регрессии $Y=a+bX$	R
Мочевина	12 ± 2 $0,74 \pm 0,07$	0,9902
Креатинин	21 ± 5 $0,27 \pm 0,05$	0,996
Гематокрит	21 ± 1 $0,60 \pm 0,04$	0,9951
Гемоглобин	23 ± 1 $0,17 \pm 0,01$	0,9921

Корреляция с гемоглобином объясняется содержанием порфиринов, которые вносят вклад в интегральную АОЕ. Аналогично можно трактовать и зависимость от гематокрита, также отражающего количество Fe-содержащих порфиринов, поскольку он представляет собой отношение содержания форменных элементов крови к ее жидкой части.

Наблюдаемую линейную взаимосвязь между уровнем АОЕ крови, мочевиной и креатинином мы объясняем механизмом обратной связи, когда эндогенные метаболиты, являющиеся прооксидантами, накапливаясь, активируют выработку эндогенных антиоксидантов в качестве компенсации. По нашему мнению, всем больным гнойно-септического профиля следует проводить контроль уровня АОЕ крови для ее адекватной коррекции. Рекомендуется также включение в комплексную терапию больных ксимедона как препарата, воздействующего на все звенья гной-

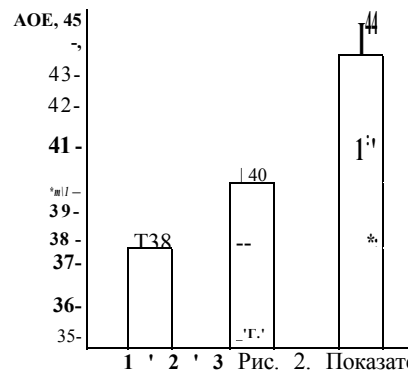


Рис. 2. Показатели АОЕ крови у больных гнойно-септического профиля на отдаленном периоде наблюдения ($p=0,95$): 1 — пациенты к моменту выписки из стационара; 2 — больные после выписки на амбулаторном долечивании; 3 — контрольная группа.

но-септического процесса и усиливающего антиоксидантный статус организма больного человека в течение всего периода лечения в стационаре и на амбулаторном долечивании.

УДК 616.441-006.03-08:547.26

А.Н. Барсуков, Е.В. Киселев, Р.А. Денисов (Смоленск). Особенности склерозирующей терапии этанолом рецидивного узлового зоба

В связи с высоким риском послеоперационных осложнений в последние годы все чаще публикуются сообщения об использовании чрескожной склерозирующей терапии этанолом (ЧСТЭ) для лечения рецидивного узлового зоба (РУЗ). Для объективной сравнительной оценки лечения РУЗ посредством оперативного вмешательства и ЧСТЭ мы проанализировали собственный клинический материал за последние 9 лет путем сравнения результатов лечения у пациентов, которых после операции и ЧСТЭ наблюдали не менее одного года. В 1-ю группу вошли 115 женщин в возрасте от 27 до 74 лет, которых через 1,5 — 37 лет после первичной операции по поводу узлового коллоидного зоба оперировали повторно в Брянской и Смоленской областных больницах в связи с их рецидивом. Во 2-й группе была 61 женщина от 24 до 78 лет с рецидивом узлового коллоидного зоба через 1—32 года после первичной резекции щитовидной железы (ЩЖ), которых лечили методом ЧСТЭ.

Стандартное обследование включало осмотр, УЗИ, исследование ТТГ, титра антител к мйк-росомальной фракции тиреоцитов, тонкоигольную аспирационную биопсию, сцинтиграфию ЩЖ при подозрении на автономно функционирующий узел или аденому, рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода при симптомах механического сдавления органов шеи, ЭКГ и изучение профиля АД. Непременным условием для проведения сеанса ЧСТЭ являлись благоприятный цитологический анализ, наличие четких контуров образования, АД не выше 160/100 мм Hg, эутиреоидное состояние и удовлетворительное самочувствие пациента.

ЧСТЭ производилась без анестезии в положении больного лежа на спине с валиком под шейей

или лопаточной областью для придания запрокинутого кзади положения головы. Узловое образование после обработки кожной поверхности шеи спиртом фиксировалось пальцами левой руки. Узел пунктировали стандартной одноразовой иглой размером 0,7x40 мм (22 G). Если получали коллоид, то удаляли его полностью, для этого в кистозную полость вводили 1 — 3 мл 96% этанола, который извлекали через 1—2 минуты. Если инсталлировали этанол в солидное образование, то в один участок вводили не более 1 мл. Иглу извлекали, и повторяли инсталляцию в соседнюю зону узловой паренхимы. За один сеанс даже для крупных узлов ($V > 20$ мл) опасно вводить более 3—4 мл этанола — возможно развитие выраженной воспалительной реакции, особенно если узел расположен не интрапиреоидно, а под фасцией, покрывающей ЩЖ. Общий объем этанола, введенного в узловое образование за один сеанс, не должен превышать 20—30% от объема узла. В противном случае этанол, просачиваясь через капсулу образования, вызовет повреждение интактных тканей.

Результаты оперативного лечения рецидивного узлового коллоидного зоба представлены в таблице.

Частота послеоперационных осложнений в зависимости от объема повторного оперативного вмешательства

Объем резекции ЩЖ	Число оперированных больных	Послеоперационный гипотиреоз, абс/%	Парагипотиреоз, абс/%	Возвратно-гортанного нерва, абс/%
Резекция в пределах одной доли	13	-	-	-
Субтотальная резекция обеих долей	1	-	-	-
Гемиструмэктомия	1	-	-	-
Тиреоидэктомия	1	-	-	-
Итого	45	-	-	-
		0 5/11,1	4/8,9	
		28 26/92,9	2/7,1	1/3,6
		29 19/100	4/13,8	7/24,1
		115 103/89,6	11/9,6	12/10,4

Полученные данные указывают на очень высокий риск специфических послеоперационных осложнений. У 9,6% оперированных было диагностировано повреждение возвратного или верхнегортанного нервов. В трех случаях двустороннего пареза возвратных нервов в качестве экстренной помощи пришлось прибегнуть к трахеостомии. У 10,4% оперированных был выявлен гипопаратиреоз различной тяжести. Двое пациентов вынуждены постоянно принимать препараты кальция. Почти 90% женщин нуждались в пожизненной заместительной гормонотерапии.

При лечении РУЗ с использованием инсталляций 96° этилового спирта наблюдались 2 (3,3%) осложнения: 1) переходящий парез возвратного нерва при склерозировании узла расположенного по задней поверхности левой доли ЩЖ, разрешившийся через 3 недели; 2) острый воспалительный процесс в зоне инъекции этанола в кистозный узел, вызванный погрешностями при инсталляции спирта, попавшего за пределы узла ЩЖ.

По полученным результатам пациентов после курса ЧСТЭ разделили на две подгруппы А и Б. В подгруппу А вошли 36 женщин с РУЗ объемом от 1,2 до 10,5 мл. Больные находились под наблюдением эндокринологов и хирургов и получили ЧСТЭ через 1—4 года после обнаружения рецидива заболевания. При ультрасонографии реци-

дивные узлы оказались достаточно однородными, гипоэхогенными, при пальпации — мягкими или плотноэластичной консистенции. В среднем на каждый 1 мл нодулярной ткани было инсталлировано 0,64 мл этанола. Степень редукции составляла 68% (т. е. объем склерозированного узла уменьшился в среднем до 32% от его исходной величины) через один год после окончания терапии.

У 25 пациентов подгруппы Б продолжительность наблюдения после выявления рецидивных узловых образований варьировала от 5 до 32 лет. Объем узлов составлял 4,3 — 78 мл. Как правило, при УЗИ образования были неоднородными со множественными гиперэхогенными и кистозными включениями. При пальпации они были плотными, малоподвижными. Основной причиной обращения пациентов являлся эутиреоидный РУЗ III—IV степени с явлениями компрессии органов шеи. В среднем на каждый 1 мл нодулярной ткани было инсталлировано 0,35 мл этанола. Средняя степень редукции через один год после окончания терапии составляла 40,4%. Особенно слабо реагировали на ЧСТЭ гиперэхогенные образования с длительностью наблюдения более 12—15 лет.

Важной особенностью ЧСТЭ рецидивного узлового коллоидного зоба является полная сохранность интактной тиреоидной ткани. Контрольные исследования ТТГ в течение одного года после склерозирующей терапии не обнаружили различий в функциональной активности тиреоидного остатка до и после курса ЧСТЭ.

Сравнение результатов лечения РУЗ традиционным способом путем повторной резекции тиреоидной ткани и методом ЧСТЭ убеждает в необходимости шире использовать склерозирующую терапию. Этаноловая деструкция рецидивных узлов особенно эффективна при своевременной (в первые 1—4 года) диагностике рецидива. Щадящий характер ЧСТЭ, возможность амбулаторного применения, малая вероятность осложнений (3,3%) позволяют рекомендовать данный метод как предпочтительную альтернативу повторному хирургическому вмешательству у пациентов любого возраста.

Значительное количество кистозных включений в узловых образованиях у лиц подгруппы Б обусловлено, по-видимому, редукцией выведения коллоида при сохранении его секреции, что согласуется с данными СБ. Пинского и соавт. Ими было показано, что именно в кистах внутриклеточное давление в 4—9 раз выше, чем в солидных очаговых образованиях ЩЖ.

Слабая редукция длительно существующих рецидивных узлов объясняется значительным развитием склеротических изменений перифолликулярной стромы, выраженной толщиной капсулы, наличием в "старых" коллоидных и коллоидно-паренхиматозных струмах множественных очагов фиброза и даже кальциноза, являющихся закономерным проявлением патоморфогенеза узлового зоба. При рецидивах коллоидного зоба с коротким анамнезом причиной высокой эффективности склерозирующей терапии является, наоборот, малое содержание соединительнотканых (фиброзных) элементов в паренхиме образований. "Нежность" внутренней структуры рецидивных узлов (на это указывает однородный гипоэхогенный характер ультрасонограмм), отсутствие плотной жесткой капсулы и кальцинатов ведут к их значительной редукции. Поэтому очень важен регулярный (не реже одного раза в год) динамический УЗИ-контроль для своевременной диагностики и при необходимости склерозирующей терапии рецидивов. При этом не имеет значения характер этих рецидивов — истинные они или ложные.

