

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.441-006.55-008.61-053.3/6-07-089

А.В.Гостимский, Ю.Л.Скородок, Л.В.Дитковская

ТОКСИЧЕСКАЯ АДЕНОМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Кафедры госпитальной хирургии с курсами травматологии, онкологии и военно-полевой хирургии (зав. — проф. А.Ф.Романчишен) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, педиатрии (зав. — проф. Н.П.Шабалов) с курсами эндокринологии и перинатологии факультета повышения квалификации Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии

Ключевые слова: токсическая аденома, дети.

Токсическая аденома (ТА), или болезнь Пламмера (БП) — доброкачественное новообразование щитовидной железы, представляющее собой один (82,4%) или несколько (17,6%) узлов, приводящее к повышению уровня тиреоидных гормонов — трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) в крови и тканях. Избыточная продукция тиреоидных гормонов проявляется в виде стойкого тиреотоксикоза. По данным Американской ассоциации тиреоидологов, при обследовании 313 пациентов в возрасте до 55 лет (246 женщин и 67 мужчин) с клиническим и субклиническим тиреотоксикозом токсическая аденома была выявлена у 37 (12%) пациентов. ТА чаще встречается у людей, проживающих на территориях, эндемичных по зобу. Токсическая аденома у женщин встречается в 3–5 раз чаще, чем у мужчин. Среди людей, страдающих этим заболеванием, преобладают пациенты в возрасте от 40 до 60 лет. Наблюдения ТА у детей и подростков единичные.

При токсической аденоме операцией выбора является гемитиреоидэктомия. Перед операцией показано восстановление эутиреоза. Классическим подходом является терапия тиронамидами для ускорения тиреотоксикоза и поддержания эутиреоидного состояния. Приводим два наблюдения ТА у подростков.

1. Больная А., 13 лет, обратилась к эндокринологу в марте 2002 г. с жалобами на эмоциональную лабильность, раздражительность, тремор, сердцебиение, нарушение сна, чувство жара, асимметричное увеличение щитовидной железы. Была госпитализирована в эндокринное отделение ДГБ № 19 им. К.А.Раухфуса 02.03.2002 г. с подозрением на тиреотоксикоз.

Состояние при поступлении средней тяжести. Больная возбуждена, отмечается мелкокамерный тремор пальцев

рук. Пульс 140–150 уд/мин, АД 150/50 мм рт. ст. Границы сердца не расширены, тоны частые, звучные, выслушиваются единичные экстрасистолы. Печень выступает за край реберной дуги на 1,5–2 см. Стул до 3 раз в сутки. При осмотре: значительное увеличение левой доли щитовидной железы, в которой пальпируется плотное образование диаметром 3 см, не спаянное с окружающими тканями, правая доля не изменена. Гормональный статус: ТТГ 0,05 мМЕ/л; Т4 58,1 пмоль/л, антитела к тиреоглобулину (Ат к ТГ) 226 МЕ/мл. УЗИ щитовидной железы: расположена правильно, контуры ровные, структура диффузно неоднородна, объем правой доли 3,6 мл, левой — 18,1 мл, левая доля выполнена изоэхогенным образованием с ровными контурами, размерами 4,6×2,6×3,1 см, с признаками усиления кровотока. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ): цитологическая картина фолликулярной опухоли. Сцинтиграфия щитовидной железы (рисунок): щитовидная железа расположена низко, представлена увеличенной левой долей, правая доля не визуализируется, распределение РФП в левой доле равномерное, картина соответствует токсической аденоме щитовидной железы.

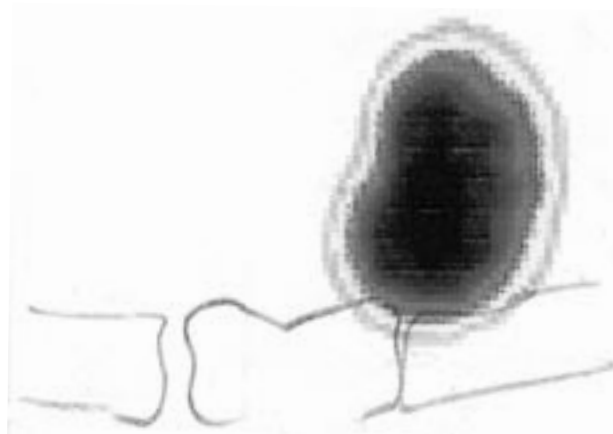
Диагностирована токсическая аденома левой доли щитовидной железы. Назначена тиреостатическая терапия тирозолом в стартовой дозе 25 мг/сут с последующим снижением до поддерживающей (12,5 мг/сут), раствор Люголя по 25 капель 3 раза в день на молоке в течение 10 дней до операции.

23.04.2002 г. на фоне эутиреоидного состояния больная оперирована — выполнена левосторонняя гемитиреоидэктомия.

Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не было. Выписана в удовлетворительном состоянии на 4-е сутки после операции. Гистологическое заключение: фолликулярная аденома с признаками базедовификации.

Осмотрена через 3 года после операции. Состояние удовлетворительное. Рост 162 см. Масса тела 58 кг. Пульс 82 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. Уровень ТТГ 1,63 мМЕ/л, Т4 14,0 пмоль/л, Т3 1,3 пмоль/л. УЗИ щитовидной железы: левая доля не визуализируется, правая доля с ровными четкими контурами, однородная, эхогенность нормальная; объем доли 7,1 мл.

2. Больная Б., 13 лет, впервые поступила в эндокринное отделение ДГБ № 19 им. К.А.Раухфуса 29.05.2000 г. с жало-



*Сцинтиграмма щитовидной железы больной А.,
13 лет.*

бами на сердцебиение, чувство жара, тремор, эмоциональную лабильность, повышенную возбудимость, ухудшение зрения, потерю массы тела, увеличение щитовидной железы. Данные симптомы отмечались с декабря 1999 г.

При поступлении: состояние средней тяжести, эмоционально лабильна, тревожна, мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Пульс 125–130 уд/мин, АД 140/60 мм рт. ст. Гормональный статус: ТТГ 0,01 мМЕ/л; Т4 82,5 пмоль/л; Ат к ТГ — нет. УЗИ щитовидной железы: расположена правильно, контуры ровные, четкие, структура умеренно диффузно неоднородна; объем правой доли — 5,9 мл, левой — 4,2 мл; в левой доле определяется гипоехогенное образование с четкими ровными контурами, в капсуле, размером 1,6×1×1 см. ТАБ узла ЩЖ: цитологическая картина коллоидного узла. Диагностирован диффузный токсический зоб. Назначена тиреостатическая терапия тирозолом в дозе 25 мг/сут с пос-

ледующим снижением дозы до 10 мг/сут. Явления тиреотоксикоза устранены.

В июне 2004 г. диагностирован рецидив тиреотоксикоза (ТТГ 0,3 мМЕ/л, Т4 33,1 пмоль/л, Т3 3,2 пмоль/л). УЗИ ЩЖ: железа асимметрично увеличена, объем правой доли 4 мл, левой — 18 мл; левая доля замещена узлом 4,5×3 см с признаками кровотока. Назначена тиреостатическая терапия (тирозол 20 мг/сут), раствор Люголя по 25 капель 3 раза в день на молоко в течение 10 дней до операции.

14.12.2004 г. больной выполнена левосторонняя гемитиреоидэктомия, правая доля мягкая, без узлов. Послеоперационный период протекал гладко. Выписана в удовлетворительном состоянии на 4-е сутки после операции. Гистологическое заключение: макрофолликулярная аденома с фиброзом и признаками базедовификации.

Осмотрена через год после хирургического лечения. Состояние удовлетворительное. Рост 158 см. Масса тела 54 кг. Пульс 84 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. В анализе крови: ТТГ 0,67 мМЕ/л, Т4 20 пмоль/л. УЗИ ЩЖ: объем правой доли 6,7 мл, левая — не визуализируется, структура ткани однородная, нормальной эхогенности, узловых образований не определяются.

Токсическая аденома щитовидной железы в детском возрасте является редким заболеванием. Хирургическое лечение позволяет добиться выздоровления детей с достижением стойкого эутиреоза.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Astl J., Dvorakova M., Vicek P., Vesely P. Thyroid surgery in children and adolescents // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.—2004.— Vol. 68.—P.1273–1278.

Поступила в редакцию 18.10.2006 г.