

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЧРЕСКОЖНОЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭТАНОЛОМ УЗЛОВОГО ЗОБА

ЩЕГОЛЕВ А.А., ЛАРИН А.А., КОГУТ О.Б., КОГАН М.А.

Государственное образовательное учреждение Высшего профессионального образования  
Российский государственный медицинский университет Федерального агентства  
по здравоохранению и социальному развитию

ВАЛЕТОВА Н.Ю., МАРACHEВА М.П.

Городская клиническая больница № 36 г. Москвы

### АННОТАЦИЯ

На сегодняшний день основными методами лечения узлового зоба являются консервативный и хирургический, имеющие определенные противопоказания, недостатки и известные осложнения. В статье представлена сравнительная оценка результатов лечения узлового зоба хирургическим методом и чрескожной склерозирующей терапией этанолом. Чрескожная склерозирующая терапия этанолом выполнялась 94 пациентам с доброкачественными узловыми образованиями щитовидной железы, у которых консервативное лечение неэффективно, а хирургическое лечение невозможно в связи с выраженной сопутствующей патологией. Склерозирующая терапия узловых образований щитовидной железы проявила себя эффективным методом, относительно безопасным, косметически и экономически выгодным по сравнению с другими методами лечения.

### ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день основными методами лечения узлового зоба являются консервативный и хирургический. Однако они имеют свои недостатки: консервативное лечение – низкая эффективность, длительное лечение, осложнения (остеопороз) [3, 7]; хирургическое – травматизм, осложнения, гипотиреоз, рецидив [2]. Кроме того, узлы щитовидной железы в 40% встречаются у пожилых больных, которые часто отягощены многочисленными сопутствующими заболеваниями, поэтому кроме опасности оперативного вмешательства присоединяется вероятность осложнений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем организма [4, 5]. В связи с этим актуальным становится внедрение в хирургическую практику малоинвазивных методов лечения узлового зоба (диатермокоагуляция, этаноловая деструкция, лазериндуцированная термотерапия) [1, 6, 8].

С 2005 г. в отделении эндокринной хирургии ГКБ № 36 помимо хирургического лечения применяется малоинвазивный метод – чрескожная склерозирующая терапия этанолом (ЧСТЭ) узловых образований щитовидной железы, который был выполнен 94 больным.

### КРИТЕРИИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ

1. Наличие узлового образования в щитовидной железе, сопровождающееся компрессионным синдромом или косметическим дефектом.

2. Неэффективность консервативных методов лечения.

3. Доброкачественный характер образований, подтвержденный цитологически при пункционной тонкоигольной аспирационной биопсии (ПТАБ), произведенной под контролем УЗИ.

4. Наличие выраженной сопутствующей патологии, исключающей возможность хирургического вмешательства или категорический отказ пациента от операции.

Противопоказанием к проведению ЧСТЭ явилось подозрение на злокачественное поражение щитовидной железы.

По характеру патологии больные распределились следующим образом: 44 больных (46,8 %) – больные с одноузловым эутиреоидным зобом, 11 больных (11,7%) – больные с многоузловым эутиреоидным зобом, 39 больных (41,5 %) – больные с рецидивным зобом, 38 из них с эутиреозом и одна больная с токсической аденомой щитовидной железы. По структуре, оцененной при сонографии, склерозируемые образования распределились следующим образом: 62 образования (66,0 %) – узлы гипозоногенной структуры, 8 образований (8,5 %) – кисты, 14 образований (14,9 %) – узлы с частичной кистозной дегенерацией, 9 образований (9,6 %) – изоэхогенные узлы, 1 образование (1,0 %) – гиперэхогенный узел.

Размеры узлов ЩЖ, которые подвергали ЧСТЭ, колебались от 7,8 до 52,1 мм в диаметре (объем от 0,6 до 51,9 мл). Из них у 92 больных объем узла не превышал 17 мл, у двух больных – составил 48,9 и 51,9 мл.

Количество вводимого этанола за один сеанс составляло 50% объема узла при узлах объемом до 17 мл или 10 мл при узлах большего объема.

С целью оценки эффективности и целесообразности применения чрескожной склерозирующей терапии этанолом при лечении узлового зоба было проведено сравнение двух групп больных. Первую группу (I) составили 1303 больных (698 с одноузловым и 605 с многоузловым зобом), оперированных в период с начала 2005 и по июнь 2007 гг. Вторую группу (II) составили 94 пациента, которым проводилась ЧСТЭ узловых образований щитовидной железы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе осложнения отмечены у 26 (2%) больных: кровотечения 0,1%, паратиреоидная недостаточность 0,3%, повреждения возвратных нервов 1,5%, двухстороннее повреждение гортанных нервов, потребовавшее наложения трахеостомы 0,1%. Также у большинства оперированных больных в раннем послеоперационном периоде отмечались обострения остеохондроза шейного отдела позвоночника.

ка, что связано с положением больного на операционном столе в течение 1-2 часов с запрокинутой назад головой. Количество рецидивов узлового зоба в указанной группе не отслеживалось в связи с малыми сроками наблюдений, но, по имеющимся у нас данным, рецидив узлового зоба через 10 лет после операции, требующий повторного хирургического вмешательства, развивается у 5% больных.

Все оперированные больные в течение первых суток после операции должны были находиться в послеоперационной палате с отдельным сестринским постом. Этим больным в связи с выраженным болевым синдромом требовалось обезбоживание ненаркотическими анальгетиками в течение первых двух суток после операции.

Средний койко-день составил 12,8. Период временной нетрудоспособности у работающих больных составил от 14 до 30 дней.

Все больные I группы с момента операции нуждаются в пожизненной заместительной терапии препаратами левотироксина в суточной дозе от 25 до 200 мкг.

Во II группе к моменту окончания курса ЧСТЭ получены следующие результаты.

Осложнения системного характера не отмечены ни у одного больного. У 3 больных (3,2 %) после инъекции отмечалась осиплость голоса, что связано, по всей видимости, с алкоголизацией возвратного гортанного нерва, причем у одной больной голос восстановился в течение суток, у двух других больных в течение 1,5 месяца. Других осложнений не отмечено.

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

Средний койко-день составил 6 суток. Период временной нетрудоспособности у работающих больных составил от 5 до 8 суток. Больные могли приступить к работе на следующий день после окончания курса лечения.

Случаев развития гипотиреоза после проведенного лечения не отмечено.

Отдаленные результаты после проведения курса ЧСТЭ прослежены у 39 больных в срок от 6 месяцев и более.

У 28 (71,8%) больных отсутствуют компрессионные явления и косметический дефект, а также отмечается уменьшение размеров узлового образования.

Уменьшение размеров узлового образования составило 70-100% у 22 (56,4%) больных, 50-69% у 9 (23,1%) больных, менее 50% у 6 (15,4%) больных.

У 2 (5,1%) больных изменения размеров узла не произошло и сохраняются прежние жалобы.

## ВЫВОДЫ

1. Чрескожная склерозирующая терапия этанолом является эффективным методом лечения больных с узловыми образованиями щитовидной железы. Метод применим для больных с доброкачественными узловыми образованиями щитовидной железы, у которых консервативное лечение оказывается неэффективным, а хирургическое лечение невозможным в связи с выраженной сопутствующей патологией.

2. Учитывая отсутствие осложнений, лечение может проводиться в амбулаторных условиях и не приводит к утрате трудоспособности.

3. Чрескожная склерозирующая терапия этанолом узлового зоба не приводит к развитию гипотиреоза и не требует проведения заместительной терапии препаратами левотироксина.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Ю.К., Могутов М.С., Крюкова Н.А., Сихарулидзе Э.Н. //Современные аспекты хирургической эндокринологии. Челябинск, 2000 – С. 22-27.
2. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Санкт-Петербург, 1998. – 330 с.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Москва. «Медицина», 2000, с. 147-231.
4. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. Хирургическая эндокринология. Питер, 2004. С. 81-269.
5. Климченков А.П. Пункционная деструкция доброкачественных новообразований щитовидной железы. Дис. к.м.н. Москва, 2001. – 145 с.
6. Козлов В.И. //Лазерная медицина, 1997. – № 1. – С. 6-12.
7. Милку Шт.М. Терапия эндокринных заболеваний. //Румыния. 1972. – С. 214-423.
8. Papini E., Panunzi C., Paccella C.M., Bizzarri G., Fabbrini R., Petrucci L., Pisciocchio G., Nardi F. //Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 1993 V. 76 – № 2 – p. 411-416