

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, КАК ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР РЕЦИДИВА ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ДЕ КЕРВЕНА

Р.В. Аристархов

МСЧ ФГУП «Государственный Рязанский приборный завод»

В данной статье приводится интересный случай из практики, когда оперативное вмешательство на щитовидной железе послужило причиной возникновения подострого тиреоидита де Кервена. Автор предлагает новый метод лечения данного заболевания с помощью низкоинтенсивного лазерного излучения.

Ключевые слова: щитовидная железа, подострый тиреоидит, лазеротерапия, новый метод лечения, операция.

Подострый тиреоидит – воспалительное заболевание щитовидной железы (ЩЖ), вероятнее всего, вирусной этиологии, описанное де Кервеном в 1904г. [3]. Это заболевание часто возникает одновременно, или вслед за вирусной инфекцией, а также после вспышки вирусной инфекции в популяции [4]. Заболеваемость подострым тиреоидитом в общей структуре патологии ЩЖ составляет 0,16 – 0,36% [6].

Подострый тиреоидит характеризуется небольшим увеличением ЩЖ, чаще одной, реже двух долей, а также выраженной инфильтрацией пораженной ткани, резкой болезненностью, плотностью при пальпации, и подъемом температуры до субфебрильных цифр, а иногда до 39-40⁰С, высокой СОЭ. На сегодня основным методом лечения этого заболевания признана гормонотерапия глюкокортикостероидами [5].

Патогенетическим обоснованием применения инфракрасного спектра лазерного излучения явилось наличие противовоспалительного, противоотечного и обезболивающего эффекта. Это объясняется тем, что в результате лазерного воздействия резко улучшается микроциркуляция крови в мелких сосудах ткани ЩЖ, повышается скорость окислительно-восстановительных процессов, усиливается регенерация поврежденных клеток, активизируется местный и общий иммунитет.

Степень тяжести течения подострого тиреоидита различна, поэтому больных получавших лечение мы разделили на три группы [1]. Первая группа – легкое течение подострого тиреоидита, когда присутствует только местная симптоматика: боли в ЩЖ при глотании и пальпации, инфильтрация пораженной доли, субфебрильная температура. Вторая группа – средняя степень тяжести болезни: помимо названных симптомов, присутствовало повышение температуры тела до 38⁰С и учащение пульса до 100 уд/мин. Третья группа – тяжелый подострый тиреоидит – характеризовался повышением температуры тела до 39⁰ – 40⁰С, частота пульса достигала 120 уд/мин. Пациентам с легкой степенью подострого тиреоидита нами применена лазеротерапия как самостоятельный метод лечения (инфракрасный спектр рассеянного лазерного излучения с длиной волны 0,89 мкм, мощностью 3,5 Вт, частота 3000 Гц, накожно, 3 минуты на каждую долю ЩЖ). При средней тяжести течения заболевания мы применяем лазеротерапию по указанной методике вместе с нестероидными противовоспалительными препаратами (ортофен, кеторол, нимесулид). При тяжелом течении заболевания и рецидивах помимо лазеротерапии и нестероидных препаратов мы вводили кеналог-40 в ткань щитовидной железы от 1 до 3 раз.

За период с 1994 по 2008 годы включительно в отделении эндокринной хирургии пролечено 317 человек. В среднем, у 7,8% пациентов наблюдался рецидив заболевания, который был купирован трехкратным введением кеналага в ткань ЩЖ с повторным курсом лазеротерапии. У 7,4% больных через 1 – 3 месяца, по данным анализов на тиреоидные гормоны и антитела, развился аутоиммунный тиреоидит и гипотиреоидное состояние. Эти пациенты 2-3 раза в год получали лазеротерапию (с использованием аппарата «Узор» 300 Гц) и заместительную терапию тиреоидными препаратами.

Все больные находились на круглосуточном или дневном стационаре 12 койко-дней и после выписки из стационара приступили к работе, затем наблюдались амбулаторно в сроки от 3-х месяцев до 1-го года.

Мы проанализировали истории болезни более 200 пациентов с тиреоидитом де Кервена в отделении эндокринной терапии [2]. При традиционной терапии глюкокортикоидными препаратами время госпитализации составило 21-22 койко-дня. При выписке из стационара, большинство больных, продолжали принимать преднизолон и оставались нетрудоспособными. У 30% больных наблюдался рецидив заболевания, а у половины пациентов отмечались различные отрицательные побочные эффекты от длительного применения глюкокортикоидов.

Ниже приводим интересный, на наш взгляд, случай.

Больная Ю. 53 лет поступила в отделение эндокринной хирургии 03.09.2010г. на оперативное лечение с диагнозом многоузловой зоб.

Из анамнеза известно, что она переведена из областной клинической больницы, где находилась в эндокринологическом терапевтическом отделении с 12.08.2010г. с диагнозом: подострый тиреоидит де Кервена. При поступлении в это отделение больная предъявляла жалобы на боли в проекции щитовидной железы, которые резко усиливались при пальпации и иррадиировали в левое ухо и левую половину челюсти.

В общем анализе крови: лейкоциты $7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 27мм/ч.

Проведено лечение преднизолоном в течение 30 дней с явным терапевтическим эффектом (жалобы на боли, а также боли при пальпации исчезли).

В отделении эндокринной хирургии горбольницы №11 - диагностирован многоузловой зоб. При пальпации слева узел до 3,5 см, справа два узла по 10 мм в диаметре. По данным УЗИ все узлы низкой эхогенности.

06.09.2010г. – больная прооперирована: произведена резекция обеих долей щитовидной железы вместе с узлами в пределах здоровых тканей. Справа оставлена практически вся железа, слева – 1,5*3см. При гистологическом исследовании в 10г ткани щитовидной железы диагностирована кистозно-измененная аденома слева и два коллоидных узла справа.

Послеоперационный период без осложнений и больная выписана в удовлетворительном состоянии 15.09.2010г.

Через 2 недели после выписки появились сильные боли в левой половине щитовидной железы, с подъемом температуры тела до 39°C . Больная лечилась нестероидными противовоспалительными препаратами (нимесулид) – эффект незначителен. И, 13.10.2010г., после консультации проф. Аристархова В.Г., больная вновь госпитализирована отделение эндокринной хирургии с диагнозом: рецидив тиреоидита де Кервена.

При поступлении боли в проекции щитовидной железы, при пальпации железа плотная и резко болезненная. На УЗИ – справа доля 16*17*47мм, слева 17*17*42мм, структура неоднородная. В проекции перешейка и нижнего полюса эхогенность снижена, что типично для тиреоидита де Кервена.

В общем анализе крови: СОЭ – 11мм/ч, лейкоциты – $4,3 \cdot 10^9$ /л; ТТГ – 1,2 мкМе/мл, Т₄ – 13,4мкМе/мл.

Начато консервативное лечение инфракрасным лазером с частотой 3000Гц по 3мин. на каждую долю щитовидной железы, всего проведено 10 сеансов. 18.10.2010г. боли в щитовидной железе уменьшились, появилась возможность пальпировать щитовидную железу, температура снизилась до нормальных цифр.

23.10.2010г. закончен курс лазеротерапии, боли полностью исчезли, но т.к. оставалась плотность ткани и слабая болезненность при пальпации, в паренхиме щитовидной железы введен кеналог, и, 25.10.2010г. больная выписана при полном отсутствии болей.

Настоящее клиническое наблюдение демонстрирует, как оперативное вмешательство спровоцировало рецидив подострого тиреоидита де Кервена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристархов В.Г. Лазеротерапия, как новый метод лечения подострого тиреоидита де Кервена./ В.Г. Аристархов, Р.В. Аристархов.// Медико-биологический вестник. 2001. - №1-2 С.136-138.
2. Аристархов Р.В. Анализ применения традиционной глюкокортикоидной терапии и лазерной комплексной терапии при лечении подострого тиреоидита де Кервена/ Р.В. Аристархов, М.В. Хашумов, Т.И. Нехаева// Эндокринные нарушения в хирургии и урологии: сб. науч. тр. / под ред. В.Г. Аристархова Рязань, 2007. - С. 32-38.
3. Балаболкин М.И. Эндокринология. /М.И. Балаболкин. М.: «Универсум паблишинг», 1998. - 582с.
4. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. /Е.А. Валдина СПб.: «Питер», 2001г. - 416с.
5. Хирургическая эндокринология. Рук-во/ А.Ф. Романчишен; под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева СПб.: «Питер», 2004. – 960с.
6. Фомина И.Ю. Автореферат канд. мед. наук. Н. Новгород, 2003г.

OPERATIONS AS PROCATARXIS RECURRENCE THYROIDITIS SUBACUTE DE QUERVAIN

R.V. Aristarkhov

This article provides an interesting case from practice of surgery on the thyroid was the cause of subacute thyroiditis de Quervain. The author proposes a new method for treating this disease with the help of low-intensity laser radiation.

Key words: thyroid, Subacute thyroiditis, laser therapy, new treatment, surgery

Аристархов Роман Владимирович.

Д. 390044 г.Рязань, ул. Крупской, д.22, кв.40 тел.34-22-16

Р. 390000 г.Рязань, ул. Семинарская д.32 МСЧ ФГУП «ГРПЗ» тел. 76-63-14

Email: medgrpz@mail.ru