

## 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 39-40<sup>0</sup>С, 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 38<sup>0</sup>С и учащение пульса до 100 уд/мин. Третья группа – тяжелый подострый тиреоидит – характеризовался повышением температуры тела до 39<sup>0</sup> – 40<sup>0</sup>С, 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 троекратным 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  $39^{\circ}\text{C}$ . 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, Т<sub>4</sub> – 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](mailto:medgrpz@mail.ru)