

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАТЕРМОАБЛАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УДК 616.44—006—089—059

Поступила 18.01.2011 г.



А.В. Меньков, к.м.н., доцент кафедры общей хирургии им. А.И. Кожевникова

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

Цель исследования — изучить возможности использования интраоперационной диатермоабляции (ИОДА) доброкачественных узловых образований при выполнении оперативных вмешательств на щитовидной железе (ЩЖ).

Материалы и методы. Изучены непосредственные и отдаленные результаты резекций ЩЖ с использованием ИОДА мелких узлов сохраняемой тиреоидной ткани у 40 пациентов (38 женщин и двое мужчин в возрасте от 29 до 68 лет). Поводом к операции у 29 больных послужил синдром компрессии трахеи, у 11 — функциональная автономия узла одной из долей ЩЖ. Период наблюдения: от 1 года до 4 лет.

Результаты. 28 пациентам выполнена гемитиреоидэктомия и ИОДА небольших по размеру узлов контралатеральной доли, 12 — гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией контралатеральной доли и ИОДА узловых образований ($0,50 \pm 0,23$ см) тиреоидного остатка. Осложнений не было. У 31 больного отмечен стойкий эутиреоз. У 9 пациентов развился гипотиреоз, который компенсирован назначением минимальных доз левотироксина. По данным ультрасоноскопии тиреоидного остатка рецидива заболевания не выявлено.

Заключение. Использование ИОДА при резекции ЩЖ позволяет сохранить клинически значимый объем тиреоидной ткани без риска рецидива заболевания, уменьшить вероятность развития послеоперационного гипотиреоза.

Ключевые слова: интраоперационная диатермоабляция, гемитиреоидэктомия, гипотиреоз.

English

The possibilities of use intraoperative diathermic ablation of benign thyroid nodular masses

A.V. Menkov, PhD, Associate Professor, the Department of General Surgery named after A.I. Kozhevnikov

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod

The purpose of the work is to study the possibilities of use intraoperative diathermic ablation (IODA) of benign nodular masses when performing surgeries on thyroid.

Materials and methods. There were studied short-term and long-term results of thyroid resection using IODA of small nodes of reserved thyroid tissue in 40 patients (38 women and 2 men aged from 29 to 68 years). The cause of operation in 29 patients was trachea compression syndrome, in 11 patients — functional autonomy of a node in one of the thyroid lobes. Follow up period was 1—4 years.

Results. 28 patients underwent hemithyroidectomy and IODA of small nodes of a contralateral lobe, 12 patients — hemithyroidectomy subtotal resection of a contralateral lobe and IODA of nodular masses (0.50 ± 0.23 cm) of thyroid remain. **There were no complications. 31 patients** had stabile euthyroidism. Hypothyroidism developed in 9 patients, it being compensated by levothyroxine administration. According to ultrasound of thyroid remain, no relapses were revealed.

Conclusion. The use of IODA in thyroid resection makes it possible to reserve clinically significant volume of thyroid tissue without any risk of recurrences, and reduce the possibility of postoperative hypothyroidism development.

Key words: intraoperative diathermic ablation, hemithyroidectomy, hypothyroidism.

В клинической практике нередки ситуации, когда в одной из долей щитовидной железы (ЩЖ) наблюдается сочетание крупных узлов, вызывающих компрессию

органов шеи или обладающих функциональной автономией, и небольших узловых образований без явных клинических проявлений в контралатеральной доле

Для контактов: Меньков Андрей Викторович, тел. раб. 8(831)238-95-59, тел. моб. +7 910-796-42-05; e-mail: avmenkov@gmail.com.

ЩЖ [1—3]. В этих случаях приходится либо расширять объем оперативного вмешательства, удаляя орган полностью, либо сохранять его часть, но с заведомым риском развития рецидива заболевания [4, 5].

Цель исследования — изучить возможности использования интраоперационной диатермоабляции доброкачественных узловых образований при выполнении оперативных вмешательств на щитовидной железе.

Материалы и методы. Проведено проспективное клиническое наблюдение за 40 пациентами, которым выполнены резекции ЩЖ по поводу двустороннего многоузлового зоба с использованием интраоперационной диатермоабляции (ИОДА) небольших по размеру узловых образований сохраняемой тиреоидной ткани (заявка на изобретение РФ №2007115297 от 23.04.2007). Женщин было 38, мужчин — двое, возраст от 29 до 68 лет ($49,7 \pm 12,3$ года). Поводом к операции у 29 больных послужил синдром компрессии трахеи, у 11 — функциональная автономия узла одной из долей ЩЖ. Доброкачественный характер образований ЩЖ был установлен до операции при цитологическом исследовании материала, полученного путем тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии. ИОДА осуществлялась с использованием высококачественного электрохирургического коагулятора ERBOTOM ICS 300-H (Германия) в режиме биполярной коагуляции с автоматически регулируемым пиковым напряжением не более 190 В и частотой 330 кГц. Перед выполнением ИОДА проводилась интраоперационная цитоморфометрия сохраняемой ткани ЩЖ с целью оценки ее функционального состояния и исключения возможности злокачественного характера патологического процесса. В послеоперационном периоде выполнялся контроль тиреоидного статуса иммуноферментным методом на анализаторе ELECSYS 2010 (Швейцария) и ультразвуковая тиреоидная диагностика (УЗ-сканер Aloka SSD 3000). Оценка качества жизни осуществлялась путем анкетирования пациентов с интерпретацией результатов по 12-балльной шкале. Период наблюдения — от 1 года до 4 лет.

Результаты и обсуждение. 28 пациентам выполнена гемитиреоидэктомия и ИОДА небольших по размеру узлов конралатеральной доли, 12 — гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией конралатеральной доли (Е.С. Драчинская, 1948) с ИОДА узловых образований тиреоидного остатка. Размеры очаговых образований, подвергнутых ИОДА, — $0,3—0,9$ см ($0,50 \pm 0,23$ см). Объем сохраняемой ткани ЩЖ — $1,5—11,0$ см³ ($4,9 \pm 2,7$ см³). Послеоперационных осложнений не было.

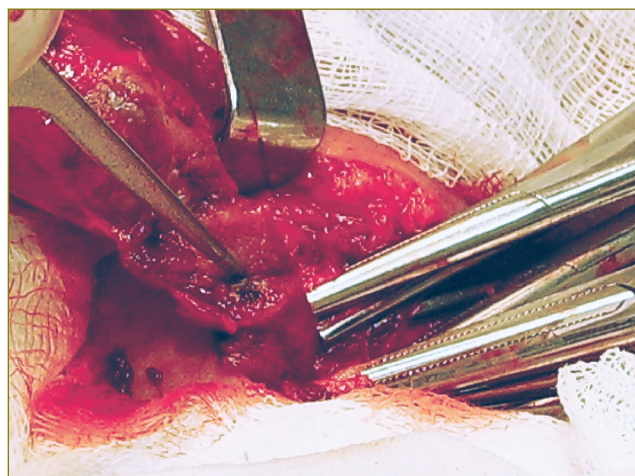
Все пациенты осмотрены в сроки от 1 года до 4 лет после операции. Жалоб, обусловленных патологией ЩЖ, не отмечено. По результатам исследования тиреоидного статуса у 31 больного после операции сохранялся эутиреоз (ТТГ — $3,2 \pm 0,9$ мкМЕ/мл; СТ₄ — $14,3 \pm 1,2$ пмоль/л). У 9 пациентов после гемитиреоидэктомии с субтотальной резекцией конралатеральной доли развился послеоперационный гипотиреоз, который компенсирован назначением минимальных доз левотироксина натрия ($0,9 \pm 0,2$ мкг/кг в сутки). При проведении динамической ультразвуковой тиреоидной

остатка узловых образований в ткани ЩЖ не выявлено. У 32 пациентов визуализировались гиперэхогенные очаги размерами от 0,2 до 0,6 см ($0,40 \pm 0,12$ см), которые мы рассматривали как следствие термовоздействия на тиреоидную ткань. Субъективная оценка пациентами показателя качества их жизни составила $9,6 \pm 0,4$ балла (хороший результат).

Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка И., 36 лет, поступила в хирургическую клинику им. А.И. Кожевникова Нижегородской областной больницы 18.02.2008 г. с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, одышку при незначительной физической нагрузке, дискомфорт при глотании. ЩЖ увеличена до IV степени (по О.В. Николаеву), преимущественно за счет конгломерата узлов, пальпируемых в правой доле, диаметром до 5,5 см, плотно-эластической консистенции. По данным ультразвуковой диагностики: объем ЩЖ — 126 см³, эхоструктура неоднородная, в правой доле визуализируется конгломерат узлов размерами до 53×41 мм, в левой доле — узлы от 6 до 27 мм в диаметре. При рентгеновском исследовании с контрастированием пищевода отмечается смещение его и трахеи влево с признаками компрессии. Показатели тиреоидного статуса: ТТГ — 0,48 мкМЕ/мл; СТ₄ — 15,1 пмоль/л. По данным тонкоигольной аспирационной биопсии узловых образований — клеточный вариант с участками аденоматозного строения. Диагноз: «эутиреоидный двусторонний многоузловой конгломератный зоб IV степени, синдром компрессии трахеи и пищевода».

21.02. пациентке осуществлена субтотальная резекция ЩЖ с интрафасциальным удалением правой доли, резекция левой доли с оставлением тиреоидной ткани у верхней щитовидной артерии. Выполнено продольное рассечение оставляемой ткани ЩЖ. Выявлено три узловых образования размерами до 6 мм. Осуществлено срочное цитологическое исследование сохраняемой ткани ЩЖ. Заключение: «клетки фолликулярного эпителия с пролиферацией. Данных об атипии нет». Осуществлена диатермоабляция обнаруженных узлов (см. рисунок). Объем тиреоидного остатка — 4 см³.



Диатермоабляция обнаруженных узлов в сохраняемой тиреоидной ткани у пациентки И.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана из отделения через 7 дней после операции. Гистологическое заключение: многоузловой макрофолликулярный аденоматозный зоб. Заместительная терапия пациентке не назначалась.

Находится под наблюдением в течение 2 лет. Жалоб, связанных с патологией ЩЖ, не предъявляет. На протяжении этого периода сохраняется стойкий эутиреоз (ТТГ — 2,6 мкМЕ/мл; СТ₄ — 13,1 пмоль/л). По данным ультрасоноскопии: объем остаточной ткани ЩЖ — 3,8 см³, эхоструктура — неоднородная, узлов нет. Экспресс-оценка качества жизни соответствует 11 баллам (отличный результат).

Заключение. Использование интраоперационной диатермоабляции при резекции щитовидной железы позволяет сохранить клинически значимый объем тиреоидной ткани без риска развития рецидива заболевания, уменьшить вероятность развития послеоперационного гипотиреоза и, соответственно, улучшить

функциональные результаты операции и качество жизни больных.

Литература

1. Кононенко С.Н. Хирургическая тактика при доброкачественных узловых образованиях щитовидной железы. Хирургия 2001; 11: 24—27.
2. Bounema S.L., Beunedback F.N., Wiersinga W.M. et al. Management of the nontoxic multinodular goiter: a European questionary study. Clin Endocrinol (Oxf) 2000; 53: 3—4.
3. Clark Orlo H. Endocrine surgery of the thyroid and parathyroid glands. St. Louis—Toronto—Princeton: The C.V. Mosby Company; 1985; 135 p.
4. Никитенко А.И. Дифференциальная диагностика и хирургическое лечение узловых образований щитовидной железы. Нижегородский мед журнал 1995; 2—3: 36—41.
5. Hegedus L. The thyroid nodule. NEJM 2004; 351(17): 1764—1771.