



¹ Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова,
кафедра
эндокринологии
ФППОВ
² Больница
Центросоюза РФ,
Москва

Современные методы лечения узлового зоба

Т.В. ЧЕРНЫШОВА¹, Д.В. ЛУКЬЯНЧЕНКО²,
д. м. н., проф. Н.А. ПЕТУНИНА¹, Н.Э. АЛЫТШУЛЕР¹

Целью исследования являлось: 1) оценка динамики размеров узловых образований при длительном динамическом наблюдении; 2) оценка эффективности хирургического лечения узлового коллоидного зоба (УКЗ) в зависимости от объема оперативного вмешательства; 3) определение круга показаний и оценка эффективности интерстициальной лазерной фотокоагуляции узлового коллоидного зоба в ходе проспективного наблюдения за группой пациентов.

При динамическом наблюдении 40 пациентов по поводу УКЗ отмечался рост узловых образований в среднем на 20% от исходного объема узла за 10 лет. Темп роста объема узлов можно охарактеризовать как медленный.

При проведении ретроспективного анализа отдаленных результатов лечения 80 пациентов, прооперированных по поводу УКЗ, выявлено: рекомендуемым объемом оперативного вмешательства в плане предотвращения количества рецидивов узлового зоба в отдаленный послеоперационный период является радикальное хирургическое лечение (тиреоидэктомия, предельно субтотальная резекция щитовидной железы).

При применении интерстициальной лазерной фотокоагуляции (ИЛФ) 36 пациенткам отмечалось уменьшение объема узловых образований у 31 больной (86%): на 28-й неделе наблюдения – на 69% от исходного объема узла (в 2,3 раза), на 84-й неделе – на 81% (в 2 раза). У 5 пациенток (14%) динамики объема узлового образования выявлено не было. На основании полученных данных сделан вывод: ИЛФ может рассматриваться как альтернатива хирургическому вмешательству при УКЗ у пациентов с высоким операционным риском при наличии относительных показаний к операции в виде больших размеров узла (более 4 мл) и настоящем желании пациентов, обусловленном косметическим дефектом.

Введение

Узловые образования щитовидной железы (ЩЖ) являются весьма распространенной эндокринной патологией, которой страдают до 40% населения, и представляют собой большую клиническую проблему [1, 2]. Узловой зоб – это собирательное клиническое понятие, объединяющее различные по морфологии объемные образования щитовидной железы (1 см и более), выявляемые с помощью пальпации и визуализирующих инструментальных методов диагностики, чаще всего ультразвукового исследования. По данным мировой литературы, в структуре такого собирательного понятия, как «узловой зоб», 40–60% составляет узловой коллоидный, в разной степени пролиферирующий зоб, 10–15% – гипертрофическая форма аутоиммунного тиреоидита, 5–10% – аденомы щитовидной железы, 3–5% – кисты, 1–10% наблюдений – рак щитовидной железы [2]. Среди применяемых вариантов тактики ведения пациентов с узловым коллоидным пролиферирующим зобом наряду с динамическим наблюдением (при образованиях небольшого размера без нарушений функции щитовидной железы) используются хирургические методы лечения, а также альтернативные методы терапии (интерстициальная лазерная фотокоагуляция, алкогольная абляция и другие виды малоинвазивной деструкции узловых образований) [3, 4, 5]. Однако эффективных методов лечения узлового зоба на се-



годняшний момент не существует, а отношение к используемому – неоднозначное.

В связи с вышеизложенным *целями исследования* являлись:

- оценка динамики размеров узловых образований при длительном динамическом наблюдении;
- оценка эффективности хирургического лечения узлового коллоидного зоба в зависимости от объема оперативного вмешательства;
- определение круга показаний и оценка эффективности интерстициальной лазерной фотокоагуляции узлового зоба в ходе проспективного наблюдения за группой пациентов.

Материалы и методы Динамическое наблюдение пациентов с узловым коллоидным зобом

Нами был проведен ретроспективный анализ данных 40 пациентов, находившихся под динамическим наблюдением по поводу узлового коллоидного зоба (УКЗ) (городская поликлиника № 131, г. Москва). Период наблюдения составил 10 лет (1998–2008). Все пациенты были женского пола. Средний возраст составил 38,4 ± 2,3 лет. В связи с известными рисками естественного течения УКЗ оценивалась динамика объема щитовидной железы и узловых образований согласно данным УЗИ, а также динамика уровня тиреоидных гормонов. Все пациенты в этой группе имели исходно нормальный объем щитовидной железы (средний объем щитовидной железы составил 14,7 ± 0,88 мл). Данных об изменении объема щитовидной железы в исходе периода наблюдения получено не было (среднее значение 14,9 ± 0,91 мл). Все пациенты в данной группе имели нормальный уровень ТТГ (2,5 ± 0,44 мМЕ/л – в 1998 г., 2,6 ± 0,35 мМЕ/л – в 2008 г.).

Оценка эффективности хирургического лечения узлового коллоидного зоба

В целях определения эффективности хирургического лечения УКЗ нами была поставлена задача оце-

нить корреляцию между объемом оперативного вмешательства и количеством рецидивов УКЗ.

Для этого мы провели ретроспективный анализ отдаленных результатов лечения 80 пациентов, прооперированных по поводу УКЗ и находившихся под наблюдением в городской поликлинике № 131 (Москва). Период наблюдения составил 10 лет (1998–2008). Все пациенты – женского пола, средний возраст – 42,6 ± 2,1 года. На дооперационном этапе все пациентки были обследованы по стандартной методике дифференциально-диагностического поиска при узловом зобе. 17 больных (42,5%) предъявляли жалобы на чувство дискомфорта в области передней поверхности шеи. Средний объем щитовидной железы составил 25,8 ± 2,4 см³. В послеоперационном периоде все пациентки получали заместительную гормональную терапию препаратами левотироксина по поводу гипотиреоза (от субклинического до манифестного) вне объема оперативного вмешательства. Средний уровень ТТГ в 1998 г. составил 1,9 ± 0,26 мМЕ/л, в 2008 г. – 2,1 ± 0,26 мМЕ/л. В зависимости от вида проведенного оперативного вмешательства все пациенты были разделены на 2 группы:

- объем оперативного вмешательства – субтотальная резекция щитовидной железы, тиреоидэктомия (40 человек);
- объем оперативного вмешательства – органосохраняющая резекция доли щитовидной железы либо гемитиреоидэктомия (40 человек).

Под рецидивом понимали выявление узлов в ткани щитовидной железы в различные сроки после проведенного оперативного лечения.

Оценка эффективности интерстициальной лазерной фотокоагуляции узлового зоба

Под наблюдением находились 36 пациенток в возрасте от 28 до 52 лет (средний возраст 38,4 ± 2,4 года) с узловым коллоидным зобом. Критериями отбора для

включения в исследование являлись: наличие относительных показаний для оперативного лечения по поводу узлового коллоидного зоба, наличие медицинских противопоказаний к оперативному лечению либо категорический отказ пациентки от операции, настоятельное желание пациентки осуществить лечение с косметическими целями. Обязательным условием являлось исключение злокачественного характера образования путем проведения тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). Гистологический тип опухоли определялся по классификации ВОЗ [6]. На первом этапе все пациентки были обследованы по стандартной методике дифференциально-диагностического поиска при узловом зобе, включающей в себя выявление жалоб, сбор анамнеза, физикальное обследование с пальпацией щитовидной железы, ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение уровня тиреоидных гормонов (тиреотропный гормон, свободный тироксин), тонкоигольную аспирационную биопсию. 11 пациенток имели жалобы на чувство дискомфорта в области передней поверхности шеи. Все пациентки, включенные в исследование, имели нормальную функцию щитовидной железы (средний уровень ТТГ составил 2,5 ± 1,4 мМЕ/л). Средний объем щитовидной железы на начало исследования составил 21,3 ± 1,4 мл. Средний объем узловых образований – 6,9 ± 1,16 мл. На втором этапе всем пациенткам была выполнена интерстициальная лазерная фотокоагуляция (ИЛФ) посредством введения в центральную зону узлового образования щитовидной железы пункционной иглы с имеющимся внутри световодом. Данное вмешательство проводилось с использованием аппарата «Скальпель лазерный программируемый трехрежимный портативный одноволновый ЛСП "ИРЭ-Полус"». Мощность воздействия составила 3–5 Вт, длительность воздействия – 6–10 минут. Данные пара-

эндокринология



метры, а также кратность воздействия (от 2 до 5 раз с интервалом в две недели) определялись индивидуально, в зависимости от локализации, размеров, а также характера содержимого узловых образований.

На третьем этапе исследования проводилось динамическое наблюдение общей продолжительностью 24 месяца. В качестве критерия оценки эффективности ИЛФ был выбран объем узловых образований щитовидной железы и его динамика на протяжении всего периода наблюдения. Оценка эффективности ИЛФ производилась на контрольных осмотрах (на 28-й, 42-й, 84-й, 126-й и 168-й неделях). Определение величины объема узловых образований осуществляли на основании данных УЗИ щитовидной железы. На протяжении всего периода наблюдения изменений в динамике объема щитовидной железы выявлено не было (средний объем щитовидной железы на 168-й неделе исследования составил $20,3 \pm 1,1$ мл), уровень тиреоидных гормонов оставался нормальным ($2,9 \pm 0,9$ мМЕ/л). Исходно средний объем узловых образований составил $6,9 \pm 1,12$ мл, на 168-й неделе наблюдения – $1,1 \pm 0,37$ мл. Локального изменения и деформации окружающей ткани щитовидной железы не отмечалось. При контрольной неаспирационной пункционной биопсии с последующим цитологическим исследованием (на 42-й, 126-й неделях) в зоне деструкции определялся коллоидный, в разной степени пролиферирующий зоб (признаков атипии не выявлено). Все манипуляции проводились без местного обезболивания, что свидетельствует о хорошей переносимости процедуры.

Статистическая обработка данных

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакетов программ Excel, StatSoft Statistica v6.0 Multilingual и SPSS 11.0.

Каждая из переменных аппроксимировалась кривой нормально-го распределения. Доля пропу-

щенных значений составила 0%. Использовались следующие методы статистического анализа: проверка нормальности распределения количественных признаков с использованием критерия Колмогорова – Смирнова с поправкой Лиллиефорса; проверка равенства генеральных дисперсий с помощью критериев Фишера и Кохрена; t-критерий для зависимых выборок. Критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 5% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Динамическое наблюдение

При ретроспективном анализе данных динамического наблюдения пациентов с узловым зобом выявлен рост узловых образований в среднем на 20% от исходного объема узла за 10 лет (средний объем узлов составил $2,9 \pm 0,9$ мл в 1998 г. и $3,6 \pm 1,08$ мл – в 2008 г.) ($p < 0,05$). В данной группе пациентов повторные ТАБ не проводились.

Естественное течение узлового зоба предполагает наличие следующих рисков: развитие функциональной автономии ЩЖ с тиреотоксикозом (особенно в регионах с сохраняющимся дефицитом йода в питании), а также относительно небольшой риск значительного увеличения ЩЖ со сдавлением окружающих органов и/или формированием косметического дефекта [1, 2]. В нашем исследовании данных о развитии функциональной автономии, как компенсированной, так и декомпенсированной, получено не было. Данный факт может быть обусловлен небольшой выборкой пациентов, а также относительно «молодым» возрастом группы ($38,4 \pm 2,3$ лет). В группе отсутствовали провоцирующие факторы в виде терапии антиаритмиками, введения контрастных веществ. С учетом внедрения массовой йодной профилактики, что привело к изменению уровня потребления йода в этот период, возникает вопрос об адекватности реализации программы йодной профилактики. Данных о

развитии симптомов сдавления окружающих органов не получено, показаний к оперативному лечению в данной группе пациентов не было. Опираясь на указанные данные, можно сделать заключение о медленном прогрессировании УКЗ при динамическом наблюдении.

Хирургическое лечение

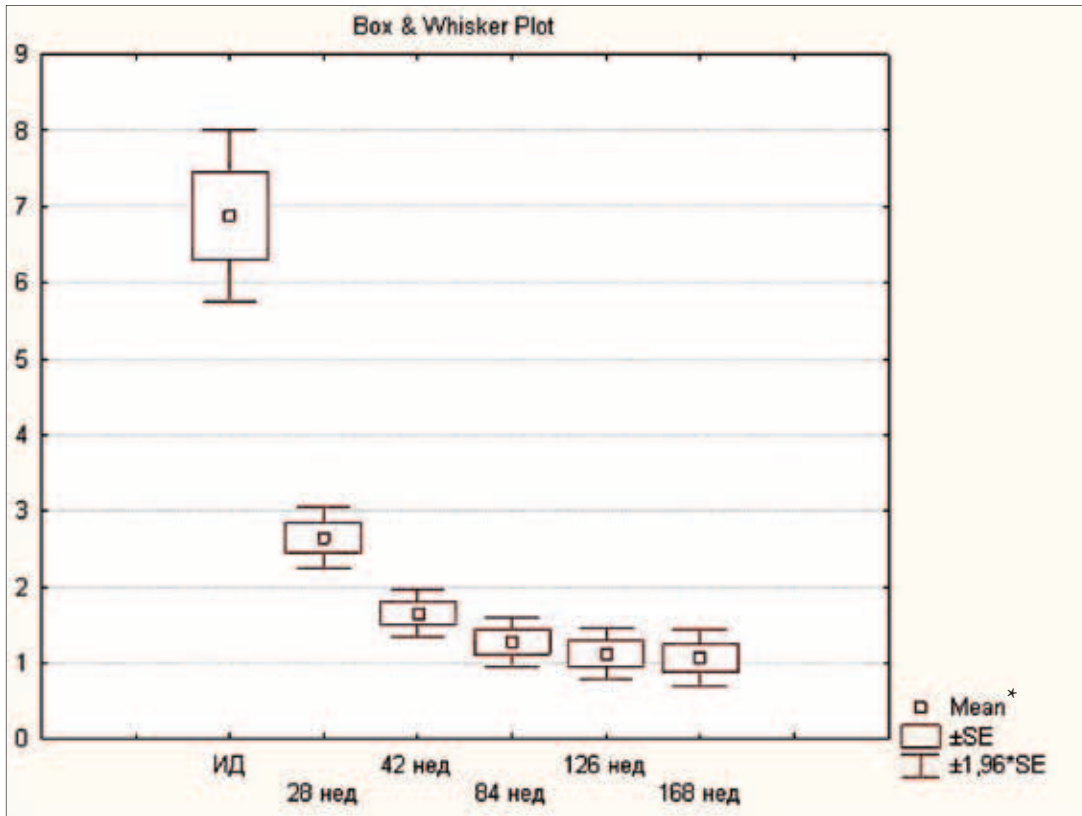
В группе пациентов, получивших радикальное хирургическое лечение (субтотальная резекция щитовидной железы либо тиреоидэктомия), рецидивирование узлового зоба отмечалось у 15 человек из 36 (41,6% случаев) после субтотальной резекции щитовидной железы и у 0 – после тиреоидэктомии. При экономной резекции щитовидной железы (органосохраняющая резекция доли щитовидной железы либо гемитиреоидэктомия) рецидивирование узлового зоба было достоверно выше и составило 70% (28 случаев). Опираясь на полученные данные, можно сделать вывод о наибольшей эффективности тиреоидэктомии либо предельно субтотальной резекции щитовидной железы.

Интерстициальная лазерная фотокоагуляция

Основные результаты показателей динамики объема узловых образований щитовидной железы представлены на рисунке 1.

У 31 пациентки (86%) отмечалось уменьшение объема узловых образований на 69% (в 2,3 раза) от исходного объема узла на 28-й неделе наблюдения (средний объем узла составил $2,6 \pm 2,4$ мл) ($p < 0,001$); на 81% (в 2 раза) – на 84-й неделе исследования (средний объем узла составил $1,3 \pm 0,32$ мл) ($p = 0,003$). На 126-й и 168-й неделях исследования статистически значимых различий в динамике объема узловых образований выявлено не было ($p < 0,001$). У 5 пациенток (14%) динамики объема узлового образования на протяжении всего исследования выявлено не было ($p < 0,001$).

Таким образом, при проведении ИЛФ мы получили досто-



* Средний
объем узловых
образований

Рис. 1. Динамика изменений объема узловых образований щитовидной железы исходно, на 28-й, 42-й, 84-й, 126-й и 168-й неделях исследования

верное снижение величины объема узловых образований щитовидной железы. Различия являются статистически значимыми ($p < 0,001$).

Следует отметить хорошую переносимость данной манипуляции пациентами. ИЛФ обеспечивает уменьшение интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде, сроков активизации больных, отсутствие послеоперационных осложнений (парез возвратного гортанного нерва, послеоперационный гипотиреоз, гипопаратиреоз, косметический кожный дефект).

Выводы

- Естественное течение УКЗ при динамическом наблюдении выявило постепенный рост узловых образований, темп роста объема узлов можно охарактеризовать как медленный. В наблюдаемой группе больных за период анали-

за, равный 10 годам, не выявлено признаков развития и декомпенсации функциональной автономии щитовидной железы у пациенток в возрасте $38,4 \pm 2,3$ лет в условиях проживания в регионе легкого йодного дефицита.

- Рекомендуемый объем оперативного вмешательства при наличии показаний к нему в плане предотвращения количества рецидивов узлового коллоидного зоба в отдаленный послеоперационный период – радикальное хирургическое лечение (тиреоидэктомия, предельно субтотальная резекция щитовидной железы) с назначением в последующем заместительной терапии тиреоидными гормонами.
- При применении интерстициальной лазерной фотокоагуляции отмечается уменьшение объема узловых образований у подавляющего большинства

пациенток (86%). Максимальная редукция узла отмечена в период до 84 недель и составила 81% от исходного объема.

- Интерстициальная лазерная фотокоагуляция может рассматриваться как альтернатива хирургическому вмешательству при узловом коллоидном зобе у пациентов с высоким операционным риском, при наличии относительных показаний к операции в виде больших размеров узла (более 4 мл) и настоятельном желании пациентов, обусловленном косметическим дефектом.
- С учетом благоприятного естественного течения УКЗ показания к хирургическому и деструктивному лечению должны быть ограничены случаями зоба больших размеров с опасностью компрессии окружающих органов и тканей, наличием декомпенсированной функциональной автономии. ☺

Литература
← С. 67