

С.С. Ксенофонов, І.Д. Гудинов, О.М. Білозерцев, Г.С. Ксенофонтова

ХІРУРГІЧНА ТИРЕОЇДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ ГЕМОДІАЛІЗНОЇ ПОПУЛЯЦІЇ

*Донецький національний медичний університет імені М. Горького
Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання, Донецьк*

ВСТУП

Глобальні процеси урбанізації ставлять перед медичною спільнотою якісно нові та принципово важливі питання, пов'язані з необхідністю виключно доказових підходів у медицині. Симультанна хірургічна патологія, наявність панівної та інтеркурентної патології, що дедалі частіше трапляється у пацієнтів не хірургічного профілю та обумовлює вирішальну роль хірурга, надто у випадках термінальних і критичних станів, підкреслюють неоднозначність, складність та актуальність грамотного й адекватного вирішення всіх ситуативних задач у кожному конкретному клінічному спостереженні.

Частота та розповсюдженість хронічної ниркової недостатності (ХНН), яка вимагає застосування замісної терапії, впродовж останнього десятиріччя зросли практично вдвічі [1, 2]. Ще більш бентежним є надто високий показник смертності серед хворих, які отримують лікування хронічним гемодіалізом. Попри значні досягнення у терапевтичних підходах із використанням даного методу у США рівень летальності пацієнтів на гемодіалізі складає 21% [1]. Тому є важливою ідентифікація та лікування станів, що спричиняють високу смертність хворих гемодіалізованої популяції.

Зміни функціональної спроможності щитоподібної залози (ЩЗ), вторинний гіперпаратиреоз у пацієнтів із термінальною стадією ХНН є звичними й тяжкими, життєво загрозливими ускладненнями, які вибудовуються за законом *circulus vitiosus* [3]. З часом вони ведуть до прогресуючої інвалідності, що спричиняє за уремії так звану "плейотропну органну дисфункцію", і викликають суттєві ендокринні розлади.

Мета роботи — вивчити особливості перебігу та взаємовідносин ниркової та тиреоїдної патології, звернути увагу загальних хірургів на поширеність даної патології серед хворих діалізованої популяції, підкреслити тактичні особливості її лікування.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Спостерігали 14 пацієнтів із хірургічною тиреоїдною патологією та тривалим стажем замісної ниркової терапії, включаючи осіб (3), яким у різні

терміни від початку замісної ниркової терапії виконано трансплантацію нирки. Усі отримували лікування програмованим гемодіалізом 12 годин на тиждень (у режимі 3 сеанси по 4 години). Чоловіків було 8, жінок — 6. Вік варіював від 28 до 57 років, у середньому — 42,5 року. В анамнезі жоден із пацієнтів не мав тиреоїдної патології.

У всіх визначали концентрацію креатиніну в плазмі крові, сечовини в плазмі крові, загального білка, альбуміну, загального кальцію, фосфору, активності АЛТ, ГГТП і лужної фосфатази. У 7 пацієнтів вдалося визначити незмінений рівень паратгормону, у 8 хворих здійснили сканування ЩЗ і прищитоподібних залоз (ПЩЗ) ^{99m}Tc-технетрилом, що було суттєвим моментом встановлення показань до виконання оперативних втручань. Орієнтувалися на дані рентгенологічних, сонографічних і КТ-досліджень, які виконувалися у випадках діагностичної необхідності. Основний метод діагностики — тонкогольова пункційна аспіраційна біопсія вузлів із наступним цитологічним і, за необхідності, цитохімічним та імуноцитохімічним дослідженням пунктатів. Курація клінічних спостережень, що вимагали залучення суміжних фахівців, здійснювалася з їх обов'язковою участю.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Традиційні огляд і пальпацію зони ЩЗ доповнили у нашій клініці кольоровою доплерівською візуалізацією кровотоку в органі у 9 хворих. У цих пацієнтів визначали також гормональний тиреоїдний профіль. З початку лікування гемодіалізом гіпокальціємію (загальний кальцій 1,94 ммоль/л) відзначено у 12 хворих, гіперфосфатемію (понад 2,3 ммоль/л) — у 10 осіб. Активність лужної фосфатази перевищувала припустимі межі вдвічі. Показники креатиніну крові були підвищеними у всіх хворих. Незмінений рівень паратгормону в усіх пацієнтів, яким здійснювали гемодіаліз, перевищував лабораторну норму більше, ніж у 2,5 разу (діалізна норма). Тест із пентагастрином нам вдалося виконати у 3 пацієнтів із підозрілими солітарними, швидко зростаючими, щільними, з нерівними контурами, нерухомими вузлами, причому він виявив-

ся позитивним (збільшення рівня кальцитоніну $>0,3$ нг/мл після введення $0,5$ мкг/кг пентагастрину на 2-й і/або 5-й хвилині) лише в однієї хворої. Наступне ретельне гістологічне дослідження операційного матеріалу не підтвердило підозри на пухлинне ураження ЩЗ. Під час рентгенологічного дослідження у 12 осіб виявлено виражені ознаки остеопорозу.

Всі пацієнти отримували лікування кальцитоніном та активними метаболітами D_3 . Порівняння клінічних проявів показало слабку симптоматику вузлового ураження ЩЗ і відсутність класичних її проявів у пацієнтів гемодіалізованої популяції. Таких патогномонічних симптомів, як дертя у горлі, осиплість або охриплість голосу, дисфагія або диспное, ми не відзначили в жодному спостереженні. Дискомфорт у ділянці шиї, відчуття "кому" в горлі під час ковтання, пальпаторна наявність вузла — ось основні клінічні орієнтири тиреоїдної патології у таких пацієнтів.

За даними нашої клініки, передопераційне виконання пункційної аспіраційної біопсії в усіх гемодіалізованих осіб дозволило у 75% випадків вірогідно встановити морфологічний варіант захворювання.

У ході роботи, попри морально-психологічну складність ухвалення остаточного рішення, було значно розширено показання до виконання необхідних операцій насамперед завдяки поліпшенню технічної оснащеності клініки та підвищенню кваліфікації співробітників. Всі оперативні втручання виконували в плановому порядку, під ендотрахеальним наркозом, з обов'язковим моніторингом вітальних показників. Ускладнень наркозу в жодному випадку не було. Усі 14 хворих оперовані наступного після програмованого гемодіалізу дня, ще двоє відмовилися від операції. У 6 випадках виконано видалення вузлів, у 6 — односторонню супрафасціальну резекцію частки та/або геміструмектомію, у 2 — субтотальну резекцію ЩЗ.

Під час виконання операції у 4 пацієнтів вимушено, через відсутність чіткої межі між фокусом запалення та інтактними тканинами, видалено прищитоподібні залози (у 3 — верхні, в 1 — нижні). В усіх 3 хворих із трансплантованою ниркою цілеспрямовано, поряд з основним втручанням, зробили субтотальну паратиреоїдектомію. Консервативні методи корекції фосфорно-кальцієвих порушень у них не дали необхідного ефекту, прогресували ознаки вторинного гіперпаратиреозу, що й обумовило обсяг операції. Післяопераційних ускладнень і летальності не було.

За гістологічною структурою виявлено: різноманітні форми колоїдного зоба (мікро- або макро-фолікулярні з кісто- або вузлоутворенням, хронічним запаленням) — 3; фолікулярні аденоми або аденоматозні вузли — 6; аутоімунний гіперпластичний тиреоїдит Хашімото — 2; перехідні форми залози, зоб Риделя — 2; хронічний тиреоїдит — 1. Гістологічне вивчення видалених ПЩЗ виявило дифузну гіперплазію їх головних клітин, подекуди з ділянками формування аденомоподібних вузлових утворень із головних та онкоцитарних клітин. В одному випадку знайдено ектопію "дрібних острівців тканини ПЩЗ" у стромі ЩЗ. Раку ЩЗ не було виявлено у жодному випадку.

Отже, безперечно, тиреоїдна патологія у хворих гемодіалізованої популяції є нагальною, складною й багато в чому суперечливою проблемою сучасної хірургії, яка вимагає подальшого науково-докладного, системно-органного підходу до розв'язання питань практичної спрямованості.

ВИСНОВКИ

1. Тиреоїдна патологія у хворих гемодіалізованої популяції вимагає виключно патофізіологічного підходу на підставі спільності механізмів розвитку патологічних станів.
2. Необхідні подальші дослідження з метою виділення та стратифікації чинників взаємного ризику виникнення і прогресування цих захворювань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Cooper L. USRDS: 2001 Annual Data Report // Nephrol. News Issues. — 2001. — Vol.15(31). — P. 34-35.
2. Pupim L.B., Ikizler T.A. Uremic malnutrition: new insights into an old problem: Review. / Semin Dial (Cambridge, MA). — 2003. — Vol.16(3). — P. 224-232.
3. Report of the 73rd Annual Meeting of the American Thyroid Association // Thyroid International. — 2002. — №1. — P. 5-12.

РЕЗЮМЕ

Хирургическая тиреоидная патология у больных гемодиализной популяцией
С.С. Ксенофонтов, И.Д. Гудинов,
А.М. Белозерцев, А.С. Ксенофонтова

Наблюдали 14 пациентов с хирургической тиреоидной патологией и длительным стажем заместительной почечной терапии (ЗПТ), включая больных (3), которым в разные сроки от начала ЗПТ выполнена трансплантация почки. Освещены диагностическая программа и принципы лечения. Приведены данные по выполненным оперативным вмешательствам, их особенностям и результатам гистологического исследования. Подчеркнуто, что тиреоидная патология у больных гемодиализной популяцией является насущной, сложной и во многом противоречивой проблемой современной хирургии, которая нуж-

дается в последующем научно-доказательном, системно-органном подходе к решению вопросов практической направленности.

Ключевые слова: гемодиализные больные, тиреоидная патология, хирургическое лечение.

SUMMARY

Surgical thyroid pathology in the patients of haemodialysing population

S. Ksenofontov, I. Gudinov,

O. Belozertsev, A. Ksenofontova

14 patients with surgical thyroid pathology and protracted experience of replace kidney therapy, including patients

(3) to which in different terms from a moment beginning of replace kidney therapy the executed transplantation of kidney were under our observation. A troubleshooting routine and principles of treatment is lighted up. Information is resulted on the executed operative interventions their features and results of histological research of operating material. It is underlined that thyroid pathology at the patients of haemodialysing population is immediate, difficult and in a great deal contradictory problems modern surgery which needs subsequent scientifically-evidential, system-organ approach to the decision of questions of practical orientation. Conclusions are given.

Keywords: haemodialysing patients, thyroid pathology, surgical treatment.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.