

М.П. Павловський, В.І. Коломійцев, В.Н. Маріна, О.В. Костюк*, Ю.П. Довгань

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СОЛІТАРНИХ КІСТОЗНИХ ВУЗЛІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

*Львівський обласний ендокринологічний диспансер, Львів

ВСТУП

Вузлові форми зоба є найпоширенішою ендокринною патологією [1, 5]. У 22-43% пацієнтів трапляються солітарні вузли, серед них до окремої групи відносять кістозні вузли щитоподібної залози (КВЩЗ), які повністю або частково виповнені рідиною, тобто містять рідинний і, досить часто, тканинний компоненти. За результатами ультразвукографії (УСГ) рідинний компонент мають 15-35% [2-4] всіх солітарних вузлів. У лікуванні КВЩЗ існує низка дискусійних питань. По-перше, показання й обсяг хірургічного лікування, що визначається результатами перед- та інтраопераційної морфологічної верифікації. По-друге, значення альтернативних методів лікування, наприклад — склеротерапії КВЩЗ етанолом. Метою нашої роботи було вдосконалення методів діагностики КВЩЗ і порівняння ефективності різних способів їх лікування.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Вивчали віддалені результати лікування КВЩЗ у 336 хворих, які отримали лікування на базі Львівської обласної клінічної лікарні та Львівського обласного ендокринологічного диспансеру за період 2003-2007 роки. Серед них було 28 (8,3%) чоловіків і 308 (91,7%) жінок. Середній вік хворих — 40,9 року (від 11 до 78 років). Усі хворі перед лікуванням пройшли обстеження, що включало загальноклінічні лабораторні дослідження, визначення рівня ТТГ, fT₄, fT₃ і тиреоглобуліну у сироватці крові, УСГ, тонкоігольову аспіраційну пункційну біопсію (ТАПБ) із наступним цитологічним дослідженням тканинного та рідинного компонентів вузла. Хворим з явищами компресії органів ший та грудної клітки проводили рентгенологічне обстеження з метою виявлення девіації трахеї та зміщення стравоходу.

За результатами УСГ усі хворі були розподілені на 3 групи. Першу групу склали 24 (7,1%) пацієнти зі "справжніми" кістами щитоподібної залози (ЩЗ), в яких не було виявлено тканинного компоненту. Всім пацієнтам I групи проводили склеротерапію 96% розчином етанолу. До другої групи ввійшли 94 (30%) пацієнти з вузлами ЩЗ переважно кістозного характеру (рідинний компонент складав понад

70% об'єму вузла). 28 пацієнтів цієї групи також отримали склеротерапію етанолом, решта 66 перенесли традиційне хірургічне лікування. У пацієнтів третьої групи вузол ЩЗ був переважно солідної будови. Усі 218 (64,9%) хворих цієї групи піддані хірургічному лікуванню.

ТАПБ проводили під контролем пальпації. Спочатку намагалися максимально аспірувати з вузлів рідину, після чого брали матеріал для цитологічного дослідження з тканини вузла. Біопсію вузлів, що не пальпуються, проводили під контролем УСГ. Матеріал для цитологічного дослідження попередньо забарвлювали за Романовським-Гімза. Інтраопераційне гістологічне дослідження проводили шляхом мікроскопії криостатних зрізів.

Склеротерапію проводили виключно під контролем УСГ цифровим сканером Ultima Pro 30 із кольоровою доплерографією. Звертали увагу на розміри вузла, його розташування відносно магістральних судин і задньої поверхні ЩЗ (не ближче від 5 мм).

Склеротерапію провели 24 пацієнтам віком від 30 до 66 років, серед них 18 (75%) жінок. Розмір вузлів коливався у межах 3-5 см. Кількість сеансів на одного пацієнта становила від 1 до 3 залежно від розмірів кіст і ефективності терапії. Під контролем ехографії у режимі реального часу голками 22-25 G вводили 96% розчин етилового спирту в об'ємі 1-3-5 мл залежно від евакуйованого вмісту кісти. Через 3-7 днів пацієнтів оглядали повторно, за потреби сеанс склеротерапії повторювали.

Хірургічне лікування проводили за екстрафасціальним методом з ідентифікацією прищитоподібних залоз і поворотних гортанних нервів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

ТАПБ провели у хворих другої та третьої груп, серед них у 134 звичайною методикою, у 216 під контролем УСГ. Шляхом звичайної ТАПБ отримано 38 (28,4%) неінформативних результатів, цим хворим виконали повторну ТАПБ під контролем УСГ. Гістологічне дослідження підтвердило результати звичайної ТАПБ у 68% випадків, а ТАПБ під контролем УСГ — у 76%.

Пацієнтам I групи було проведено склеротерапію. В одного пацієнта виникли явища післяманіпуляційного тиреоїдиту, який вимагав призначення протизапальних засобів; ще в одного хворого зафіксували тимчасовий парез гортані. Результати повторної УСГ на місці кісти підтверджували невиражені склеротичні зміни. У цій групі пацієнтів рецидиву кісти не було.

У пацієнтів із переважанням рідинного компоненту у КВЩЗ (II група), які отримали склеротерапію, відзначили зменшення розмірів вузла у середньому на 28%. Проте у 3 пацієнтів під час контрольного обстеження виявлено збільшення розмірів вузла, що стало показанням до хірургічного втручання. Іншим хворим не проводили склеротерапії.

За підозри на рак щитоподібної залози (за результатами цитологічного дослідження та УСГ) у 143 осіб провели інтраопераційне гістологічне дослідження. Результати мікроскопії кріостатних і парафінових зрізів співпали у 98,6% випадків. Було проведено: резекцій ЩЗ — 14, гемітиреоїдектомій — 255, тиреоїдектомій — 18. Стійкий парез гортані після операції констатували у 4 (1,4%) хворих, тимчасовий — у 7 (2,4%). Випадків поопераційного гіпопаратиреозу не було.

За даними остаточного гістологічного дослідження отримано такі висновки: кіста ЩЗ — 7 (2,4%); колоїдний зоб — 38 (13,3%); аденома ЩЗ — 219 (76,3%); рак ЩЗ — 23 (8%).

ВИСНОВКИ

1. Звичайна ТАПБ є малоінформативною за кістозних вузлів щитоподібної залози.
2. Для підвищення інформативності передопераційної діагностики кістозного зоба слід використовувати ТАПБ під контролем УСГ після попередньої аспірації рідини з вузла.
3. Склеротерапію слід проводити пацієнтам виключно з кістозними вузлами, у яких шляхом УСГ не визначається тканинний компонент.
4. Хворим на кістозний зоб, який містить солідний компонент, показано хірургічне лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э., Воскобойников В.В. и др. Отдаленные результаты хирургического лечения

больных многоузловым эутиреоидным зобом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Павлова. — 2001. — № 4. — С. 4-9.

2. Шулуток А.М., Семиков В.И., Иванова Н.А. и др. Ультразвуковые методы диагностики узловых образований щитовидной железы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Павлова. — 2002. — №5. — С. 7-12.
3. Ванушко В.Э., Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г. и др. Прицельная тонкоигольная пункционная биопсия в диагностике рака щитовидной железы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2003. — № 10. — С. 67-72.
4. Гринева Е.Н. Кистозно-измененные узлы, проблемы диагностики и врачебной тактики // Клиническая эндокринология. — 2004. — Т.2, №3. — С. 38-42.
5. Ким И.В., Кузнецов Н.С., Иванушко В.Э. Склеротерапия при узловом зобе // Хирургия. Журнал им. Н.И. Павлова. — 2005. — №9. — С. 14-18.

РЕЗЮМЕ

Диагностика и лечение солитарных кистозных узлов щитовидной железы

М.П. Павловский, В.И. Коломийцев, В.Н. Марина, О.В. Костюк, Ю.П. Довгань

В работе проанализированы 336 случаев кистозно изменённого зоба. Пациенты лечились в клинике факультетской хирургии Львовского национального университета им. Данилы Галицкого в 2003-2007 годах. Предложен подход к выбору метода лечения кистозного зоба в зависимости от его строения. В работе оценена эффективность предоперационной диагностики и представлены результаты лечения.

Ключевые слова: кистозные узлы щитовидной железы, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия, ультрасонография, склеротерапия.

SUMMARY

Diagnostics and treatment of solitary cyst nodules of thyroid gland

M. Pavlovskyi, V. Kolomyitsev, V. Marina, O. Kostyuk, Yu. Dovgan

In our research work we analysed 336 cases of cyst-transformed goiter. Patients were treated in the department of faculty surgery of Lviv national medical university by Danylo Galytski during 2003-2007 years. Approach to the method of treatment of cyst nodules was proposed according to its structure. We proved efficiency of preoperative diagnostic and showed result of treatment.

Key words: cyst nodules of thyroid gland, fineneedle aspiration biopsy, ultrasonography examination, sclerotherapy.