

сформулировать тактику лечения больных с узловым нетоксическим зобом.

Узловые образования щитовидной железы могут иметь различное строение: кистозное, паренхиматозное (солидное) и смешанное, со степенью кистозной дегенерации более 50 или менее 50%.

Для лечения кистозных образований и узлов с кистозной дегенерацией более 50% «золотым стандартом» в наши дни является склеротерапия этанолом. Накопленный мировой 20 летний опыт, позволяет сделать вывод о высокой эффективности (по нашим данным до 97%) и хорошей переносимости этой процедуры пациентами.

Склеротерапия солидных узлов менее эффективна, по сравнению с кистозными и обладает рядом отрицательных моментов: процедура болезненна из-за неконтролируемого распространения этанола в ткани узла и возможности выхода его за пределы капсулы щитовидной железы, особенно при повторных инъекциях. Что в свою очередь может привести к серьезным осложнениям.

Поэтому нами в 1998 году была экспериментально разработана и внедрена в клиническую практику методика лазериндуцированной термотерапии, которая обладает рядом преимуществ.

При сравнении эффективности лечения коллоидных узлов щитовидной с помощью двух малонвазивных методов установлено, что после склеротерапии только в 46 % случаев удается достичь уменьшения объема узлов на 50 %, после лазерного лечения эффект значительно выше — у 77 % больных отмечено уменьшение узловых образований на 50 % и более.

При узлах смешанного строения с кистозной дегенерацией менее 50%, обосновано применение склеротерапии для ликвидации жидкостного компонента, а лазериндуцированной термотерапии для деструкции паренхимы узла – комбинированная методика.

Таким образом, своевременная диагностика и использование для лечения узлового нетоксического зоба склеротерапии и лазертермии, с учетом строения узла, является высокоэффективным, и в большинстве случаев позволяет избежать операции. Единственным показанием к оперативному лечению в настоящее время является зоб больших размеров, деформирующий шею и вызывающий симптомы компрессии.

ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ СОЧЕТАНИЯ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТИ

Сенгторина А.Б.², Киселева Т.П.¹, Северина Т.И.¹

¹ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия
Минздрава России; ²МУ ГКБ № 40, г.Екатеринбург

Рак щитовидной железы (РЩЖ) занимает в структуре онкологической патологии 1-1,5%, при этом средний показатель заболеваемости РЩЖ по России составляет 3,7 на 100 тыс. населения. Проблема сочетания РЩЖ и беременности является актуальной, так как женщины болеют в 3-4 раза чаще, в основном, в возрасте до 25 лет, что связано с наличием в организме условий, предрасполагающих к возникновению очаговых и диффузных гиперплазий и злокачественной трансформации тиреоидного эпителия.

Цель: определить влияние различных факторов на прогноз хирургического лечения дифференцированного РЩЖ (ДРЩЖ) у больных женщин, обратившихся в период гестации на специализированный прием в ГКБ № 40.

Материалы и методы: изучены отдаленные результаты хирургического лечения у 35 больных женщин с ДРЩЖ в период гестации с 1995-2006, в возрасте от 19 до 38 лет (средний возраст $26,7 \pm 3,0$ лет). Выделены следующие факторы, которые могут оказать влияние на прогноз хирургического лечения ДРЩЖ: возраст, морфологические характеристики, размер опухоли, объем оперативного вмешательства, наличие метастазов, супрессивная терапия тиреоидными препаратами, наличие лактации. Дооперационная диагностика включала определение ТТГ, СТ4, УЗИ ЩЖ, пункционную биопсию и морфологическое исследование ткани ЩЖ.

Результаты: больные обратились в разные сроки гестации: до 10 недель - 11 чел., 12-23 недели - 15 чел., 25-35 недель - 9 чел. В 35 случаях наблюдения при первичном обращении зарегистрирован эутиреоз: ТТГ от 0,8 до 4,2 мЕд/л. В анамнезе диагноз при направлении на оперативное лечение был: узловой и многоузловой зоб - 10 чел., рецидив узлового зоба - 4 чел., РЩЖ - 21 чел. Прооперированы по поводу ДРЩЖ в 15-24 нед. беременности 7 чел., у 2 чел. - в 26 недель, двое - после родоразрешения через 1-2 месяца. Гистологические формы ДРЩЖ (всего): папиллярный - 16 чел., фолликулярный - 9 чел., папиллярно-фолликулярный - 10 чел. Размер опухоли не более 4 см (Т1-Т2). Всем больным проводилась терапия левотироксином (ЛТ-4): адекватной считалась супрессивная доза ЛТ-4 при уровне ТСГ < 0,5 мЕд/л. Родоразрешены в сроке 37-40 недель 24 женщины; в сроке 35 недель у 1 женщины произошли преждевременные оперативные роды; кесарево сечение проведено у 10 женщин, самостоятельные роды у - 15. С оценкой по шкале Апгар на 1/5 минуте жизни ниже 6/8 баллов родился 1 ребенок, 6/8 баллов соответственно имели 23 ребенка. Из 24 родившихся детей 1 умер на 15 сутки по причине сочетанной гипоксии. Среди живых детей у 1 имелась гипотрофия и задержка внутриутробного развития, у 3 сочетанная гипоксия средней степени тяжести, у одного новорожденного отмечалась макросомия. Результат родов у 10-ти женщин неизвестен. Лактация прервана у 23 больных. После родов проведена реоперация по поводу лимфаденопатии у двоих больных: через 2 мес после родов и через 12 лет. Рецидив узлового зоба зарегистрирован у 2 чел. с давностью операции 10 лет и менее года, неоплазия яичников зафиксирована у одной больной, оперированной по поводу ДРЩЖ более 10 лет назад.

Выводы:

1. Точность диагностирования злокачественных опухолей ЩЖ в амбулаторных условиях не превышает 70%.
2. Вероятность наличия рецидива ДРЩЖ после гестации у оперированных больных по поводу ДРЩЖ невелика и составляет от 5-10%.
3. Ведущими факторами риска являются размеры опухоли, сроки гестации, сроки и объем оперативного вмешательства.
4. Супрессивная терапия позволяет свести до минимума вероятность рецидива ДРЩЖ и осуществлять адекватное наблюдение в динамике.
5. Анализ наблюдений за беременными, имевшими в анамнезе операцию по поводу рака щитовидной железы показал, что даже адекватная терапия L-тироксином не гарантирует благоприятного исхода беременности. 6. С целью сохранения здоровья женщины после родов требуются совместные усилия врачей различных специальностей в прегравидарный и гестационные периоды для предотвращения рецидива заболевания.