



В. Р. Антонів¹, М. М. Стець¹, Л. Л. Сук²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Київська міська клінічна лікарня № 11

МОЖЛИВОСТІ МАЛОІНВАЗИВНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ВОГНИЩЕВИХ УТВОРЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ КРИЗЬШКІРНОЇ АБЛЯЦІЇ ЕТАНОЛОМ

Мета роботи — визначити можливості та доцільність використання кризьшкірної абляції етанолом вогнищевих утворень щитоподібної залози в амбулаторних умовах.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати виконання кризьшкірної абляції розчином етанолу вузлових утворень щитоподібної залози під контролем ультразвукового апарата (Aloka SSD 1700) 75 хворим (6 (8 %) чоловіків та 69 (92 %) жінок віком від 17 до 80 років) у діагностичному відділенні поліклініки Київської міської клінічної лікарні № 11 у період з 2013 до 2016 р. Розмір вузлів — від 5 мм до 4 см, об'єм — від 30 до 400 мм³. Кістозні утворення виявлено у 34 (45 %) пацієнтів, кістозно-колоїдні — у 22 (29 %), вузли з тканинною солідною структурою — в 11 (15 %), вогнищеві утворення автоімунного походження — у 8 (11 %).

Результати та обговорення. У групі пацієнтів з вузлами кістозного та кістозно-колоїдного походження 42 (75 %) хворим з вузлами об'ємом до 100 мм³ проведено одноразове введення етанолу, 10 (18 %) пацієнтам з вузлами об'ємом 200—300 мм³ — повторну абляцію. Вузли тканинної солідної структури та вогнищеві гіперехогенні утворення автоімунного походження у 19 пацієнтів піддавали неодноразовій абляції.

Висновки. Використання кризьшкірної абляції з одноразовим введенням етанолу в 42 (75 %) пацієнтів з вузлами кістозно-колоїдного походження об'ємом до 100 мм³ було ефективним. Цей метод можна застосовувати в амбулаторних умовах.

■

Ключові слова: вогнищеві утворення щитоподібної залози, кризьшкірна абляція етанолом.

Найчастішим ендокринним захворюванням щитоподібної залози є вогнищеві утворення — вузли різного характеру. Ці патологічні вогнища навіть невеликого розміру з відносно однорідною структурою можна діагностувати на ранніх стадіях. У післяопераційний період для ліквідації вузлів у залишках тканини у 12 % пацієнтів після тканино-зберігальних втручань використовують малоінвазивні методи [2, 4, 8, 9]. Успішні кризьшкірні абляції етанолом доброякісних утворень щитоподібної залози дали підставу використовувати цю методику при лікуванні метастатичних лімфовузлів високодиференційованого раку щитоподібної залози [3, 9]. Згідно з рекомендаціями Американської тиреоїдної асоціації та Європейської тиреоїдної асоціації, зазначену методику можна застосовувати у пацієнтів з вогнищевими утвореннями, розмір яких не перевищує 4, в амбулаторних умовах [1, 5].

Мета роботи — визначити можливості та доцільність використання кризьшкірної абляції етанолом вогнищевих утворень щитоподібної залози в амбулаторних умовах.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У діагностичному відділенні поліклініки Київської міської клінічної лікарні № 11 у період з 2013 до 2016 р. у 75 хворих (6 (8 %) чоловіків та 69 (92 %) жінок віком від 17 до 80 років) з вузловими утвореннями щитоподібної залози виконано кризьшкірну абляцію розчином етанолу під контролем ультразвукового (УЗ) апарата (Aloka SSD 1700). Розмір вузлів — від 5 мм до 4 см, об'єм — від 30 до 400 мм³.

Кістозні утворення виявлено у 34 (45 %) пацієнтів, кістозно-колоїдні — у 22 (29 %), вузли з тканинною солідною структурою — в 11 (15 %), вогнищеві утворення автоімунного походження — у 8 (11 %) хворих.

Для ефективної абляції і мінімізації ризику побічних виявів (біль, набряк, крововилив, гематома) процедуру введення етанолу проводять під УЗ-контролем з частотою датчика 7,5 МГц. Перед введенням етанолу здійснювали аспірацію вмісту, потім вводили за допомогою шприца в порожнину 2 % розчин новокаїну в об'ємі, який дорівнював об'єму видаленого аспірату [6]. Пацієнтам з вузлами кістозного та кістозно-колоїдного походження вводили етанол 76 % концентрації безпосередньо у порожнину вузла після евакуації його вмісту. Вузли тканинної, солідної структури та вогнищеві гіперехогенні утворення автоімунного походження підлягали абляції етанолом у 50 % розведенні 2 % розчином лідокаїну в тканинний субстрат в одне чи декілька місць.

При тканинних вогнищевих утвореннях пункційну голку вводять під контролем ультрасонограми у центр вузла. Про повільне введення етанолу свідчить вихід мікроміхурців з голки у тканину. Етанол розподіляється по всьому вузлу. Кровотік у місці введення розчину не реєструється. При введенні етанолу у вузли розміром понад 1 см необхідно переміщати голку декілька разів в інші місця. При першій абляції достатньо до 1 мл розчину. Показання до повторної абляції — наявність кровотоку при контрольній УЗ-доплерографії.

Кількість введеного етанолу за 1 раз — від 0,5 до 1,0 мл.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У 42 (75 %) пацієнтів з вузлами кістозного, кістозно-колоїдного походження виконано одноразове введення етанолу. Вузли об'ємом до 100 мм³ протягом першого місяця прогресивно зменшувалися в розмірі до зникнення. Протягом другого місяця відбувалася повна облітерація просвіту з частковим фіброзом і склерозуванням. Десяти (18 %) пацієнтам з вузлами об'ємом 200—300 мм³ через 1 міс проводили повторну абляцію з введенням 1 мл етанолу. Добрий результат (стійке зморщування і зменшення об'єму вузлів до 20—40 мм³) відзначено упродовж 2—3 міс.

Ехографічна картина характеризувалася наявністю гіперехогенної плями (до маніпуляції — наявністю гіпо-анехогенного утворення), неоднорідної, без чітких меж з повною відсутністю крово-

току. У 4 (7 %) пацієнтів з об'ємом вузлів 300—400 мм³ повторне введення етанолу сприяло процесу склерозування протягом 2—3 міс.

У дослідженій групі застосування методу абляції не спричинило появи негативних виявів (місцева запальна реакція (набряк, гіперемія, пастозність), біль, підвищення температури протягом 7 діб).

Вузли тканинної солідної структури та вогнищеві гіперехогенні утворення автоімунного походження у 19 пацієнтів піддавали неодноразовій абляції. При однакових розмірах вогнищ доза етанолу становила від 0,2 до 2,0 мл. У 8 пацієнтів абляцію проводили двічі, у 3 — тричі. У цій групі пацієнтів вузли об'ємом до 100 мм³ через 30 днів зменшилися на чверть і перетворилися на гіперехогенні тяжі та гіпоехогенні ділянки. У 10 хворих вузли об'ємом 200—300 мм³ зменшувалися у розмірі протягом 2—3 міс, причому після повторного введення етанолу відбулося повне зникнення вузла.

Рецидив процесу не відзначено у жодного хворого. Під час виконання малоінвазивного втручання та спостереження за пацієнтами протягом 7 днів після останнього введення етанолу 23 (31 %) пацієнти скаржилися на незначну і короткочасну болючість у місці ін'єкції, яка швидко минала після використання терапевтичних доз нестероїдних протизапальних препаратів.

ВИСНОВКИ

Лікування вогнищевих утворень щитоподібної залози з використанням кризьшкірної абляції етанолом під ультразвуковим контролем було ефективним у всіх пацієнтів.

Швидкість деструкції, фіброз і склерозування вогнищевих утворень щитоподібної залози залежать від внутрішньої структури, розміру та стану васкуляризації утворення.

У 42 (75 %) пацієнтів з вузлами кістозно-колоїдного походження об'ємом до 100 мм³ одноразове введення етанолу було ефективним і не потребувало повторної абляції.

Використання кризьшкірної абляції етанолом можна вважати золотим стандартом лікування доброякісної патології вогнищевих утворень щитоподібної залози. Метод можна застосовувати в амбулаторних умовах.

Література

1. Александров Ю. К., Могутов М. С., Патрунов Ю. Н., Сенча А. Н. Малоинвазивная хирургия щитовидной железы. — М.: Медицина, 2005. — 258 с.
2. Барсуков О. М., Самодурова М. Ю. Склерозующая терапия этанолом доброякісних утворень щитоподібної залози в осіб похилого віку // Клін. ендокринолог. і ендокринна хірург. — 2005. — № 2. — С. 63—67.
3. Епштейн Е. В., Матяшук С. И. Стратегия и тактика лечения больных с узловой патологией щитовидной железы // Ліки України. — 2004. — № 10—11. — С. 18—20.
4. Зубов О. Д. Диагностика та лікування кіст щитовидної залози з використанням ультразвукового дослідження: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 14.01.23. — К., 2001. — 17 с.

5. Когут О. Б. Чрескожная этаноловая деструкция узловых образований щитовидной железы: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. — 14.00.19—14.00.27. — М., 2009.
6. Пат. 56477 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб лікування кистозно-вузлових утворень щитоподібної залози / Сук Л. Л., Антонів В. Р., Стець М. М. — u201011284. — заявл.22.09.10. — опубл. 10.01.11. Бюл. № 1, 2011.
7. Nay I. D., Charboncau J. W. The coming of age of ultrasound-guided percutaneous ethanol ablation of selected neck nodal metastases in well-differentiated thyroid carcinoma // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2011. — Vol. 96. — P. 2717—2720.
8. Martino E., Bogazzi F. Percutaneous ethanol injection therapy for thyroid diseases // Thyroid International. — 2000. — N 5. — P. 1—12.
9. Solbiati L., Charboneau J. W. The thyroid gland // Ed. by C. M. Rumack, S. R. Wilson / Diagnostic Ultrasound. — 4th ed. — Philadelphia: Elsevier Mosby, 2011. — P. 708—749.

В. Р. Антонів¹, Н. М. Стець¹, Л. Л. Сук²

¹ Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

² Киевская городская клиническая больница № 11

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЧРЕСКОЖНОЙ АБЛЯЦИИ ЭТАНОЛОМ

Цель работы — определить возможности и целесообразность использования чрескожной абляции этанолом очаговых образований щитовидной железы в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проанализированы результаты выполнения чрескожной абляции этанолом узловых образований щитовидной железы под контролем аппарата УЗИ (Aloka SSD1700) 75 больным (6 (8%) мужчин, 69 (92%) женщин в возрасте от 17 до 80 лет) в диагностическом отделении поликлиники Киевской городской клинической больницы № 11 в период с 2013 по 2016 г. Размер узлов — от 5 мм до 4 см, объем — от 30 до 400 мм³. Кистозные образования выявлены у 34 (45%) пациентов, кистозно-коллоидные — у 22 (29%), узлы с тканевой солидной структурой — у 11 (15%), очаговые образования аутоиммунного происхождения — у 8 (11%).

Результаты и обсуждение. В группе пациентов с узлами кистозного и кистозно-коллоидного происхождения 42 (75%) больным с узлами объемом до 100 мм³ проведено одноразовое введение этанола, 10 (18%) пациентам с узлами объемом 200—300 мм³ — повторную абляцию. Узлы тканевой солидной структуры и узлы аутоиммунного происхождения у 19 пациентов подвергали неоднократной абляции.

Выводы. Использование чрескожной абляции с одноразовым введением этанола у 42 (75%) пациентов с узлами кистозно-коллоидного происхождения объемом до 100 мм³ было эффективным. Этот метод можно применять в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: очаговые образования щитовидной железы, чрескожная абляция этанолом.

V. R. Antoniv¹, N. M. Stets¹, L. L. Suk²

¹ O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

² Kyiv City Clinical Hospital № 11

POSSIBILITIES OF MINIMALLY INVASIVE TREATMENT FOR THYROID GLAND FOCAL LESIONS WITH ETHANOL PERCUTANEOUS ABLATION

The aim — to determine the possibility and feasibility of percutaneous ethanol ablation for focal lesions of the thyroid gland in the outpatient setting.

Materials and methods. The results of percutaneous ethanol ablation with US-guidance (Aloka SSD1700) for thyroid focal lesions in 75 patients (6(8%) men and 69 (92%) women aged from 17 to 80 years) at diagnostic department from 2013 to 2016 were analyzed. The size of lesion ranged from 5 mm to 4 cm, volume — from 30 to 400 mm³. Cystic lesion was revealed in 34 (45%) patients, cystic-colloid — 22 (29%), solid tissue structure nodes — 11 (15%), focal lesions autoimmune in origin — 8 (11%) patients.

Results and discussion. In patients' group with cystic and cystic colloidal origin in 42 (75%) with nodes up to 100 mm³ a single dose of ethanol was used, in 10 (18%) patients with nodes 200—300 mm³ the one repeated ablation was done. Nodes with solid tissue structure and autoimmune components have undergone repeated ablation in 19 patients.

Conclusions. The percutaneous ablation with a single ethanol introduction was effective in 42 (75%) patients with cystic-colloidal nodes up to 100 mm³. This method could be used in an outpatient setting.

Key words: focal thyroid lesion, percutaneous ethanol ablation.