

А. Н. Барсуков, А. Ю. Пономарёв, А. В. Родин, Яссин Басем, А. В. Бровченко
Смоленская государственная медицинская академия

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВНОГО РОСТА КОЛЛОИДНЫХ УЗЛОВ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭТАНОЛОМ

Изучены отдалённые (свыше 10 лет) результаты этаноловой деструкции узлового коллоидного зоба у 407 пациентов. Объём узлов находился в пределах от 0,7 мл до 137 мл. У 44 (10,8%) в первые 2–3 года отмечен рецидивный рост склерозированных узловых образований. Преобладали пациенты с первичным узловым коллоидным зобом (41), с длительным сроком наблюдения от установления диагноза (от 2-х до 33 лет). У 3 – после курса этаноловой деструкции по поводу рецидивного послеоперационного коллоидного зоба. Большинству (36) пациентов проведен повторный курс этаноловой деструкции. Оперированы 8 (2%). У 363 (89,2%) после курса радикальной склеротерапии этанолом достигнут стойкий положительный результат (коллоидные узлы уменьшились на 20–97%). Редукция узлов после курса склеротерапии продолжалась в течение 1–3 лет. Стойкий результат (тотальная гибель клеток, образующих коллоидный узел) был получен только при введении этанола в объёме не меньше 36–50% по отношению к исходному объёму узла. Причинами неполной деструкции узлов являются выраженная его морфологическая неоднородность при длительном анамнезе (свыше 7–8 лет), либо несоблюдение технологии склерозирующей терапии этанолом.

Ключевые слова: рецидивный узловый коллоидный зоб, склерозирующая терапия, этанол, отдалённые результаты.

В настоящее время продолжается накопление опыта использования локальных методов деструкции доброкачественных узловых образований щитовидной железы. Наряду с этаноловой деструкцией, применяются: интерстициальная лазерная фотокоагуляция, радиочастотная абляция, криодеструкция, электрохимический лизис. Активное «соперничество» малоинвазивных методов позволяет точнее определить их достоинства и недостатки, более избирательно использовать у конкретных пациентов. Умелое, обоснованное применение малоинвазивных методов даёт надёжные и стабильные результаты. Это, в свою очередь, увеличивает число сторонников альтернативных операционному методов лечения, как среди пациентов, так и врачей. Об эффективности любого метода лечения судят по ближайшим (до 1 года) и отдалённым результатам. Основной проблемой малоинвазивных методов является невозможность гарантии гибели всех клеток, составляющих узловое тиреоидное образование. В ситуациях с возможным рецидивом наиболее интересны именно отдалённые результаты.

Метод чрескожной склерозирующей терапии этанолом (ЧСТЭ) применяется для лечения больных с узловым коллоидным зобом уже более 20 лет. Однако очень мало работ, анализирующих ее результаты в течение более 10 лет.

Цель исследования: анализ отдалённых (10–18 лет) результатов лечения узлового коллоидного зоба методом локальной этаноловой деструкции,

определение причин рецидивного роста склерозированных образований, уточнение возможности ЧСТЭ коллоидных узлов щитовидной железы.

Материал и методы

Обследованы 407 пациентов (20 мужчин и 387 женщин) с узловым первичным и рецидивным коллоидным зобом (с солидной и кистозно-солидной структурой образований), у которых после использования метода этаноловой деструкции прошло более 10 лет. Первый опыт использования склеротерапии появился в феврале 1995 года. Оценка объёма тиреоидных образований производилась в течение всего периода наблюдения по данным УЗИ. Продолжительность курса ЧСТЭ – от одного до 19 месяцев в зависимости от исходного размера коллоидного узла. Инстилляцией этанола в ткань коллоидных узлов производились с интервалом в 3–4 недели. Объём этанола введенного за один сеанс ЧСТЭ – от 0,4 до 3,5 мл, а объём инстиллированного в одну точку не превышал 0,5–1,0 мл. Инфильтрация 96° этанолом очаговых образований приводила к гибели тиреоидного эпителия, замещению его фиброзной тканью. Молодая соединительная ткань, уплотняясь, вызывала редукцию узла. Визуализация процесса склерозирования, объективный динамический контроль результатов лечения осуществлялся с помощью современных ультрасонографических аппаратов. Принципиальным условием при-

менения данной технологии являлась точная морфологическая верификация тиреоидных образований с использованием тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). При склеротерапии коллоидных узлов после 2–3 сеансов ЧСТЭ образование начинало заметно уплотняться, уменьшаться в размерах.

Так как этанол «растекается» в ткани узла по непредсказуемой в полной мере траектории, невозможно, даже проводя инстилляцию по определённой схеме, добиться равномерного пропитывания узловой ткани спиртом. Оценить степень склерозирования и выявить неповреждённые участки нодулярной ткани позволяют различия в плотности замещённой рубцом и неповреждённой паренхимы. Проведенные ранее исследования показали невозможность инстилляцией спирта в плотную фиброзную ткань. Поэтому, слегка смещая кончик иглы, следует, прежде всего, выявить такой фрагмент нодулярной ткани, в который спирт вводится с небольшим усилием на поршень шприца небольшого объёма (2–5 мл).

Результаты и обсуждение

В зависимости от стабильности полученных результатов, больные разделены на 2 группы. В группу радикально пролеченных больных с узловым коллоидным зобом отнесены пациенты, у которых после курса ЧСТЭ в течение ближайших 2–3-х лет не наблюдался повторный рост узлов. Эту группу составили 363 пациента от 29 до 85 лет. Первоначальный объём узлов у них варьировал от 1,4 до 123 мл (в среднем 9,3 мл). На курс радикальной ЧСТЭ требовалось от 2-х до 15 сеансов этаноловой деструкции (в среднем 4,6). Суммарный объём этилового спирта, использованного для ЧСТЭ, по отношению к исходному объёму коллоидных узлов составлял, 36–64%. Окончательная стабилизация размеров склерозированных тиреоидных образований происходила через 12–36 месяцев. Пациенты с наступившим рецидивным ростом коллоидных узлов после курса ЧСТЭ имели узловые тиреоидные образования неоднородной структуры, чаще изо- или гиперэхогенные.

По результатам лечения методом ЧСТЭ существенно различались пациенты с первичным и рецидивным (после резекции щитовидной железы) узловым коллоидным зобом. Наиболее значительный редуцирующий эффект отмечен у 57 с рецидивными коллоидными узлами через 2–5 лет после оперативного вмешательства на щитовидной железе, объём образований у которых составлял 1,4–14,7 мл. Рецидивные узлы по данным ультрасонографии были однородны, гипоэхогенны, при пальпации мягко- или плотноэластичной консистенции. В среднем на 1 мл нодулярной ткани инстиллировано 0,53 мл этанола. Степень редукации составила 81,5% (т. е. объём склерози-

рованных узлов уменьшился в среднем до 18,5% от их исходных размеров). Именно в этой группе пациентов отмечена наиболее быстрая стабилизация размеров образований после склеротерапии (через 10–12 месяцев). У 3 (5,3%) (с длительным сроком наблюдения (7–13 лет) до начала ЧСТЭ был отмечен рецидивный рост коллоидных узлов на 2-м году после склеротерапии. По данным УЗИ структура рецидивных узлов была неоднородна с гиперэхогенными включениями.

Из пациентов (350) с первичным узловым коллоидным зобом после курса склеротерапии рецидивный рост отмечен у 41 (11,7%). Объём коллоидных узлов колебался от 12,3 до 137 мл (средний объём – 41,2 мл). Через 2–3 года после окончания курса ЧСТЭ отмечен рецидивный рост очаговых образований. На курс ЧСТЭ (от 4-х до 11 сеансов) было введено 6,3–26,7 мл этанола. Большинство из них (33) подверглись повторному курсу этаноловой деструкции ранее склерозированных тиреоидных узлов. Дополнительно было проведено от 2-х до 7-ми сеансов ЧСТЭ, при которых введено от 3,0 до 17,2 мл этанола. Суммарная итоговая редукация у пациентов данной группы составила 24–60%. При дальнейшем многолетнем наблюдении рецидивного роста указанных образований не отмечено. Следует заметить, что основной причиной преждевременного прекращения склеротерапии у большинства пациентов этой группы явилось исчезновение дискомфорта в области шеи, обусловленное уменьшением объёма коллоидного узла на 17,3–52,6%. Восемь (7 жен., 1 муж.) в связи с рецидивным ростом коллоидных узлов оперированы. Гистологическое исследование трёх узлов с исходным объёмом 52,76 и 97 мл, удалённых после курсов ЧСТЭ с инстилляцией 19,5; 24,0 и 28,3 мл этанола соответственно, показало, что среди обширных полей фиброзной ткани встречаются островки сохранивших жизнеспособность тиреоцитов.

Выводы

Анализ отдалённых результатов ЧСТЭ узлового коллоидного зоба указывает на высокую эффективность данного метода при тщательном соблюдении определённых технологических правил: для достижения тотальной гибели эпителиальных клеток узлового тиреоидного образования суммарное количество введённого этанола должно быть не менее 36–50% от исходного объёма узла, оптимальный интервал между сеансами склеротерапии составлять 3–4 недели. Наибольший редуцирующий эффект возможен при ЧСТЭ гипоэхогенных коллоидных узлов с однородной внутренней структурой и толщиной капсулы не более 1 мм. Склерозирующая терапия коллоидных узлов, существующих десятки лет, имеющих неоднородную внутреннюю структуру, значительной толщины капсулу (более 1,5–2 мм), боль-

шой исходный объём (более 40 мл) требует много времени (не менее 5–6 месяцев) при относительно небольшом (24–60%) редуцирующем эффекте. Инъекции этанола при неоднородной структуре

узла должны производиться по заранее запланированной схеме небольшими порциями (0,3–0,5 мл в одну точку) с тем, чтобы исключить оставление «островков» жизнеспособных тиреоидных клеток.

Стаття надійшла до редакції: 25. 07. 2013

*О. М. Барсуков, А. Ю. Пономарьов, А. В. Родін, Яссін Басем, А. В. Бровченко
Смоленська державна медична академія*

ПРИЧИНИ РЕЦИДИВНОГО ЗРОСТАННЯ КОЛОЇДНИХ ВУЗЛІВ ПІСЛЯ ЧРЕЗШКІРНОЇ СКЛЕРОЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ЕТАНОЛОМ

Вивчено віддалені (понад 10 років) результати етанолової деструкції вузлового колоїдного зоба у 407 пацієнтів. Об'єм вузлів знаходився в межах від 0,7 до 137 мл. У 44 (10,8%) у перші 2–3 роки відзначено рецидивне зростання склерозованих вузлових утворень. Переважали пацієнти з первинним вузловим колоїдним зобом (41), з тривалим терміном спостереження від встановлення діагнозу (від 2-х до 33 років). У 3 – після курсу етанолової деструкції з приводу рецидивного післяопераційного колоїдного зоба. Більшості (36) пацієнтів проведено повторний курс етанолової деструкції. Оперовані 8 (2%). У 363 (89,2%) після курсу радикальної склеротерапії етанолом досягнуто стійкий позитивний результат (колоїдні вузли зменшилися на 20–97%). Редукція вузлів після курсу склеротерапії тривала протягом 1–3 років. Стійкий результат (тотальна загибель клітин, що утворюють колоїдний вузол) був отриманий тільки при введенні етанолу в обсязі не менше 36–50% по відношенню до вихідного об'єму вузла. Причинами неповної деструкції вузлів є виражена його морфологічна неоднорідність при тривалому анамнезі (понад 7–8 років), або недотримання технології склерозуючої терапії етанолом.

Ключові слова: рецидивний вузловий колоїдний зоб, склерозуюча терапія, етанол, віддалені результати.

*A. N. Barsukov, A. Y. Ponomaryov, A. V. Rodin, Yassin Basem, A. V. Brovchenko
Smolensk State Medical Academy*

REASONS OF RECURRENT GROWTH OF COLLOIDAL NODES AFTER PERCUTANEOUS SCLEROTIC THERAPY BY ETHANOL

It was studied the long-term (more than 10 years) results of ethanol destruction of colloid nodular goiter in 407 patients. The nodular volume was 0,7–137 ml. Recurrence of pathological process was found in 44 patients (10,8%) after 2–3 years: 41 patients had primary nodular colloid goiter; in 3 cases recurrence was observed after ethanol destruction of postoperative colloid nodes. Secondary course of ethanol destruction was performed in 36 patients. 8 (2%) patients were operated. A positive result has been achieved in 363 (89,2%) patients after a course of radical ethanol sclerotherapy. Colloid nodes reduced by 20–97%. Reduction of the nodes after sclerotherapy lasted up from 1 to 3 years. Radical result was obtained after injections of ethanol in the amount of not less than 36–50% of nodular volume. Causes of recurrence of pathological process were: morphological variability of thyroid colloid nodesthat were found in patients suffered from goiter longer than 7–8 years; noncompliance of ethanol sclerotherapy methodology.

Keywords: recurrence colloid nodular goiter, sclerotherapy, ethanol, long-term results.