

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Морозов Д.А., Пименова Е.С., Мирокова Е.Д.,
Лисовский Д.А., Айрапетян М.И.

*НИИ детской хирургии Научного центра здоровья детей, Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва*

Введение. В современной тиреоидной хирургии у детей профессиональная дискуссия проходит в нескольких плоскостях – максимально точной дооперационной диагностики, расширения объема резекции щитовидной железы (ЩЖ) при раке и показаний к динамическому наблюдению при кистозном зобе, технологий интраоперационного мониторинга возвратных гортанных нервов и паращитовидных желез.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ операций 250 детей в возрасте от 1 месяца до 16 лет с коллоидным пролиферирующим зобом (119), вариантами рака ЩЖ (87), тиреотоксическим зобом и функциональными неоплазиями ЩЖ (26), аутоиммунным тиреоидитом (11), тиреоидными тератомами (2), редкими формами патологии ЩЖ. Многоузловое поражение ЩЖ зарегистрировано в 41% наблюдений. Злокачественное поражение верифицировано у 47,2% оперированных детей с пальпируемыми узлами ЩЖ. Стадии рака ЩЖ: (UICC, 2002 г.) T1-32, T2-33, T3-21, T4-2. Метастазирование в периферические лимфатические узлы зарегистрировано в 19,1%.

Диагностический комплекс: УЗИ, доплерографию тиреоидного кровотока, тонкоигольную биопсию щитовидной железы. В отдельных наблюдениях, по показаниям, выполняли: радионуклидное сканирование, компьютерную томографию, тиреоидолимфографию.

Результаты и их обсуждение. Показаниями к хирургическому лечению тиреоидной патологии у детей считали: рак ЩЖ, нетоксический узловой зоб (включая коллоидный) при объеме узла более 1 мл, многоузловой и конгломератный зоб, аденомы ЩЖ, токсические варианты зоба, включая болезнь Грейвса, резистентную к терапии и гнойный тиреоидит. Нами были оперированы 11 детей аутоиммунным тиреоидитом Хашимото, у которых невозможно было исключить злокачественную опухоль. В хирургии токсических форм зоба (автономных неоплазий – 10, и болезни Грейвса – 12), придерживались традиционной тактики – гемитиреоидэктомии в первом случае и предельно субтотальной резекции ЩЖ при диффузном токсическом зобе.

Сохранение возвратных нервов в ходе операций на щитовидной железе (ЩЖ) являлось первостепенной задачей. Использовали три принципиальных подхода: диссекцию ЩЖ субфасциально без контроля нервов (156), экстрафасциально с визуализацией и выделением нервов, с аппарат-

ным нейромониторингом. Выделение и интраоперационный контроль возвратных нервов произведен у 94 пациентов (111 нервов). В 2 наблюдениях осуществлен аппаратный нейромониторинг (Medtronic). Визуализация нерва производилась чаще в трахеопищеводной борозде надключичной области, реже в месте пересечения с нижней щитовидной артерией, затем в месте входа нерва в перстне-щитовидную мышцу. Следование принципам контролируемой диссекции позволило получить следующие результаты: раннее послеоперационное кровотечение – 0,35%, временный парез n. recurrens – 3,37%, постоянный парез n. recurrens – 0,3%, транзиторный гипопаратиреоз – 2,24%,

Выводы. Таким образом, хирургическое лечение детей с патологией ЩЖ специализированной бригадой продемонстрировало хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Выводы, сквозь призму понимания ситуации сегодня, могут быть сформулированы следующим образом: залогом грамотной работы детских эндокринных хирургов является четкое функционирование системы детской эндокринологической помощи, включая амбулаторное звено. Своевременная диагностика узловых поражений ЩЖ и правильный выбор тактики, отказ от какой-либо консервативной терапии узлового зоба, позволяют сместить акценты в лечении на ранние стадии, в том числе рака ЩЖ. Комплекс ультразвукового исследования, доплеровского анализа тиреоидного кровотока и тонкоигольной аспирационной биопсии ЩЖ под УЗ-контролем позволяет определять точный диагноз и осуществлять мониторинг ситуации в диагностически сложных случаях. Коллоидный зоб требует хирургического лечения. Клиническое значение «непальпируемых узлов» ЩЖ равнозначно узлам большого размера. Солидные узлы и аденомы должны быть оперированы с выполнением органосохраняющей резекции ЩЖ. При раке ЩЖ первой стадии показана операция гемитиреоидэктомии, при остальных – экстрафасциальная тиреоидэктомия. При хирургическом лечении болезни Грейвса операцией выбора является экстрафасциальная тиреоидэктомия с выделением гортанных возвратных нервов и паращитовидных желез. Контроль возвратных нервов является обязательным этапом любой операции на ЩЖ у ребенка, предотвращающим риск осложнений. Приоритет должен отдаваться аппаратному нейромониторингу.

Литература:

1. В.В. Фадеев Узловой зоб: дискуссионные проблемы и негативные тенденции клинической практики (клиническое эссе) // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2007. – том 3. – №2. – С 5–14
2. Романчишен А.Ф., Томпсон Д.Б., Гостимский А.В. Хирургическое и послеоперационное лечение больных с карциномами щитовидной железы в детском и подростковом возрасте // Вестник хирургии. – 2008. – №5. – С. 55–58

3. Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А. Хирургическая профилактика повреждений возвратных гортанных нервов при операциях по поводу заболеваний щитовидной железы // Вестник хирургии. – 2007. – №5. – С. 72-77.
4. П.С. Ветшев, О.Ю. Карпова, М.Б. Салиба «Ахиллесова пята» в хирургии щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. – 2007. – №2. – С. 3–8
5. Е.Н. Гринева узловые образования в щитовидной железе // Проблемы эндокринологии. – 2003. – №6. – С. 59–61

ИЗУЧЕНИЕ ВНУТРИОРГАННОГО СТРОЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ И КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Морозов Д.А.^{1,2}, Городков С.Ю.³, Пименова Е.С.^{1,2},
Айрапетян М.И.¹

¹Научный центр здоровья детей, Москва

²ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М Сеченова
Минздрава России, Москва

³Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского, Саратов

Введение. Одним из наиболее дискуссионных вопросов в детской хирургии остается выбор оптимального объема операции при различных поражениях ЩЖ у детей. В настоящее же время все большее количество специалистов считают целесообразным проводить радикальную резекцию щитовидной железы. Изучение внутриорганного строения лимфатических и кровеносных сосудов ЩЖ целесообразно в плане выбора объема резекции при онкологической патологии.

Цель исследования – изучить варианты распространения лимфотропного и гематотропного контрастных веществ при тиреографии в эксперименте.

Материал и методы исследования. В качестве экспериментальных животных было использовано 30 крыс породы «РЕН», в возрасте 2–3 месяцев, массой 200–350 г. Все процедуры по уходу осуществляли в соответствии с нормами и правилами обращения лабораторными животными. Опыты проводили с учетом требований Европейской конвенции по защите экспериментальных животных, используя адекватное обезболивание.

Экспериментальное исследование проходило в три этапа: 1. Всем животным вводили 0,2 мл водорастворимого контрастного вещества («Омнипак») в паренхиму левой доли ЩЖ, после которого на 1, 2, 3, 5, 10, 20, 40 минутах оценивали рентгенограммы, проведенные с помощью рентген С-дуги SIEMENS Siremobil Compact L. 2. Второй этап начинали после