

Получена: 11 марта 2017 / Принята: 23 апреля 2017 / Опубликовано online: 30 апреля 2017

УДК 616.44-006.5-08

ҚАЛҚАНША БЕЗДІҢ ТҮЙІНДІ ТҮРЛЕРІН ЕМДЕУДЕГІ ДӘСТҮРЛІ ЕМЕС ЕМНІҢ ӘСЕРІ

Майра Ж. Еспенбетова, <http://orcid.org/0000-0003-2318-4765>

Жанар М. Жуманбаева, <http://orcid.org/0000-0001-8941-862X>

Наталья Е. Глушкова, <http://orcid.org/0000-0003-1400-8436>

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Жалпы дәрігерлік тәжірибе бойынша интернатура кафедрасы,
Семей қ., Қазақстан Республикасы

Түйіндеме

Кіріспе. Қалқанша бездің қатерсіз түзілістерін азинвазивті емдеу әдісі бойынша медициналық әдебиеттерге шолу жасауда онда қалқанша бездің солидті түйіндерін және кистозды түйіндерін емдеу кезінде эндокринолог және хирург дәрігерлерінің арасында консенсустың жоқтығын көрсетті.

Зерттеудің мақсаты: Қалқанша бездің (ҚБ) қатерсіз түзілісі бар науқастарға тері арқылы этанолды инъекциялық терапияны (СКТ) қолдану болып табылды.

Зерттеу әдістерімен материалдары: Бізбен осы науқастарға проспективті когортты зерттеу жүргізілді. Зерттеу кезеңі әр зерттеуге қатысушыға орташа $10 \pm 1,2$ жылды құрайды. Жұмыс басталуы 1993 жылдың мамыр айынан 2016 жылдың шілде айы аралығында жүргізілді, ҚБ жаңа түзілісімен 974 науқас емделді. Жалпы зерттеуден өткен науқастар саны 467.

Тоқтаусыз өзгерістердің орталық тенденциясы, қалыпты таралымдарға сәйкес орташа көрсеткіштері $\pm$ стандарты ауытқу ретінде көрсетіледі. Категориялық мәліметтер абсолютты және салыстырмалы сандармен белгіленген. Сапалық мәліметтерді алу үшін топтағы айырмашылық хи-квадрат (X^2) критерімен есептелді, ал P-бағалауы $<0,05$ есептелді. Статистикалық талдау SPSS 20 бағдарламасымен өңделді, Windows (IBM Ireland Limited Распределение продуктов, Ирландия).

Нәтижелері: Барлық науқастарда түзіліс мөлшерінің ауқымды түрде кішірейгені байқалды, токсикалық аденома бойынша түзіліс мөлшері 5,1 мл ге дейін төмендесе, кистасы бар науқастарда ол 0,2 мл-ді құрады, ал аденомасы бар науқастарда түзілістің кішіреюі $2,2 \text{ см}^3$ дейін болса, ал коллоидты түйінді жемсауда түзілістің кішіреюі $1,0 \text{ см}^3$ -ді көрсетті.

Қорытынды: этанолмен терілік инъекция қатты және кистозды түйіндерге эффективті емдеу әдісі болып табылады, бірақ этанол склеротерапия қалқанша бездің кистозды түйініне көбірек тиімді әдіс болып табылады. Өмір сапасы СКТ-дан кейін асқыну болмағандықтан, атап айтсақ гормональды өзгерістермен жарақаттар болмауына байланысты көбірек жақсарған, осы әдістен кейін ұзақ уақытқа өмір сапасы жақсарды, өршу болмайды, бұл әдіс қатерсіз қалқанша безінің кистасын емдеу стандартына ұсынуға болады.

Кілтті сөздер: қалқанша без, тиреоидты гормондар, токсикалық аденома, киста, аденома.

Summary

**EFFICIENCY OF ALTERNATIVE TREATMENT
OF NODULAR FORMS OF THYROID GLAND****Maira Zh. Espenbetova**, <http://orcid.org/0000-0003-2318-4765>**Zhanar M. Zhumanbayeva**, <http://orcid.org/0000-0001-8941-862X>**Natalya E. Glushkova**, <http://orcid.org/0000-0003-1400-8436>

Semey State Medical University,
Department of internship on general practice,
Semey, Republic of Kazakhstan

Introduction. An analysis of the medical literature on minimally invasive treatment of benign tumors of the thyroid gland showed a lack of consensus among endocrinologists and surgeons for the treatment of cystic and solid thyroid nodules.

The aim of the study was to research the experience of using percutaneous ethanol injection therapy (PEI) in patients with benign thyroid neoplasms.

Materials and methods. We conducted a prospective cohort study. The study period was on average 10 ± 1.2 years for each participant. The work was started between May 1993 and June 2016, with a total of 974 patients with thyroid neoplasms. The total number of finally studied patients was 467.

The central tendencies for the continuous variables corresponding to the normal distribution are represented as a mean $\pm$ standard deviation. The categorical data are presented as absolute and relative numbers. For the non parametric quantitative data a difference between the groups was determined by calculating the chi-square test (χ^2) for Friedman Test. P-score $< 0,05$ was assumed to be a critical for decision. The statistical analysis of the data was performed using the SPSS 20 program for Windows (IBM Ireland Limited Distribution of products, Ireland).

Results. In all patients a volume decrease in size, in patients with toxic adenoma, the size of the neoplasm decreased to 5.1 ml, in patients with cysts, the volume decrease was up to 0.2 ml, in patients with volume reduction adenoma was up to 2.6 cm³ and 2.2 cm³, as well as in patients with colloid nodular goiter, volume reduction was up to 1.0 cm³.

Conclusions: Percutaneous injection of ethanol is an effective treatment for both solid and cystic thyroid nodules. Taking into account the fact that PEI maintains normal quality of life indicators for a long period, without relapses, this method can be recommended for inclusion in standards of treatment of benign thyroid cysts.

Key words: thyroid gland, thyroid hormones, toxic adenoma, cyst, adenoma.

Резюме

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ФОРМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****Майра Ж. Еспенбетова**¹, <http://orcid.org/0000-0003-2318-4765>**Жанар М. Жуманбаева**¹, <http://orcid.org/0000-0001-8941-862X>**Наталья Е. Глушкова**¹, <http://orcid.org/0000-0003-1400-8436>

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра общей врачебной практики по интернатуре,
г. Семей, Республика Казахстан

Введение. Анализ медицинской литературы по миниивазивному лечению доброкачественных новообразований щитовидной железы показал отсутствие консенсуса среди эндокринологов и хирургов по лечению кистозных и солидных узлов щитовидной железы.

Целью исследования было изучение опыта применения чрескожной этаноловой инъекционной терапии (СКТ) у больных с доброкачественными новообразованиями щитовидной железы.

Материалы и методы. Нами было проведено проспективное когортное исследование. Период исследования был в среднем $10 \pm 1,2$ лет для каждого участника исследования. Работа была начата в период с мая 1993 года по июнь 2016 года, всего было пролечено 974 больных с новообразованиями щитовидной железы. Общее число пациентов, полностью прошедших исследование составило 467.

Центральные тенденции для непрерывных переменных, соответствующих нормальному распределению представлены в виде среднего значения $\pm$ стандартное отклонение. Категорические данные представлены в виде абсолютных и относительных чисел. Для получения качественных данных разница в группах была определена путем расчета критерия хи-квадрат (χ^2). Статистический анализ данных выполнен с помощью программы SPSS 20 для Windows (IBM Ireland Limited Распределение продуктов, Ирландия).

Результаты. У всех больных наблюдалось объемное снижение размеров. Так у больных с токсической аденомой размеры новообразований снизились до 5,1 мл, у больных с кистой объемное снижение составило до 0,2 мл, у больных с аденомой объемное сокращение было до 2,6 см³ и 2,2 см³, а также у больных с коллоидно-узловым зобом объемное сокращение было до 1,0 см³.

Выводы: Чрескожная инъекция этанола является эффективным средством для лечения как твердых, так и кистозных узлов щитовидной железы. Принимая во внимание тот факт, что PEI-терапия сохраняет нормальные показатели качества жизни в течение длительного периода, без рецидивов, этот метод может быть рекомендован для включения в стандарты лечения доброкачественных кист щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа, тиреоидные гормоны, токсической аденома, киста, аденома.

Библиографическая ссылка:

Еспенбетова М.Ж., Жуманбаева Ж.М., Глушкова Н.Е. Эффективность нетрадиционных методов лечения узловых форм щитовидной железы // Наука и Здоровоохранение. 2017. №2. С. 59-67.

Espenbetova M.Zh., Zhumanbayeva Zh.M., Glushkova N.E. Efficiency of alternative treatment of nodular forms of thyroid gland. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2017, 2, pp. 59-67.

Еспенбетова М.Ж., Жуманбаева Ж.М., Глушкова Н.Е. Қалқанша бездің түйінді түрлерін емдеудегі дәстүрлі емес емнің әсері // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2017. №2. Б. 59-67.

Кіріспе

Қазіргі кезде ҚБ қатерсіз түзілісін хирургиялық емдеу жолымен және медициналық терапияға қосымша склеротерапия әдісі жүзеге асырылуда [2, 18], бірақта бұл әдіс ұзақ уақыт бойы зерттеулер нәтижесінде қолдау таппаған. Сарапшылар арасында склеротерапияға көзқарас біржақты емес. Склероздалған түйіндердің қайта дамуы туралы пікірлер бар, ол осы әдістің эндокринологтар арасында кең қолданылуын шектейді. Әдебиеттерге сүйенсек склеротерапияның ұзақ уақытты әсері жайлы мәліметтер жоқ. Түрлі зерттеулер мәліметтері бойынша ҚБ түзілістерінің 15-30% қатты кистозды немесе кистозды сипатта басымырақ

[23,7]. Қатерлі түзілістердің көпшілігі қатты және гипозогонді түйіндерде байқалады, алайда кистозды түйіннің табылу сипаты оның қатерлілігін жоққа шығармайды [13,7,4]. Жалпы анестезияның жағымсыз әсері, операциядан кейінгі тыртықтану, жүйке зақымдалуы, гипотиреоз және қалқанша маңы бездерінің зақымдалуы секілді асқынулардың жоғары жиілігіне қарамастан, ҚБ кистозды түйіндерін емдеуде хирургиялық әдіс кең тараған [1,17]. Америкалық және Еуропалық Тиреоидты ассоциацияның мәліметтері бойынша кистозды түйіндер түріндегі ҚБ қатерсіз түзілістерін емдеу үшін консервативті әдісті қолдану қажет [16]. Тері арқылы этанолды инъекциялық терапия (PEI) ҚБ рецидивирлеуші

кистомаларын емдеуде хирургияға альтернативті және ҚБ тығыз түзілістерінде шектеулі орын алады.

Зерттеудің мақсаты болып - қалқанша бездің (ҚБ) қатерсіз түзілісі бар науқастарға тері арқылы этанолды инъекциялық терапияны (СКТ) қолдану болып табылды.

Науқастар және әдістер

Бізбен осы науқастарға проспективті когортты зерттеу жүргізілді. Зерттеу кезеңі әр зерттеуге қатысушыға орташа $10 \pm 1,2$ жылды құрайды. Жұмыс басталуы 1993 жылдың мамыр айынан 2016 жылдың шілде айы аралығында жүргізілді, ҚБ жаңа түзілісімен 974 науқас емделді. Алайда кеңес одағы ыдырағаннан кейін өз отандарына көшіп кетуі

әсерінен, науқастардың жартысынан көбі (жалпы саны=507) зерттеуден шығып қалды. Бұл оларды динамикалық бақылауға мүмкіндік тудырмады. Осылайша, біздің мәліметтер зерттеуге толық аяғына дейін қатыса алғандарға ғана қолданылды, яғни барлық емшараларымен емтиханнан өткендер. Базалық клиникалық мінездемелер 1-ші кестеде көрсетілген. Жалпы науқастар саны 467. Сонымен қатар, салыстырмалы мәлімет ретінде немесе склеротерапияның жағымсыз әсері бойынша біз ҚБ қатерсіз жаңа түзілісіне ота жасалған науқастар мәліметтеріне талдау жүргіздік (қатысушылар саны=189).

1 кесте.

Зерттеуге қатысушылардың базалық мінездемесі, abs. (%).

Мінездеме	СКТ (n=467)	Хирургия (n=189)
жасы	52,7 (22,9)	55,1 (13,9)
симптомдардың ұзақтығы	15,1 (3,6)	13,2 (6,3)
Жынысы		
ер адам	19 (4,1)	2 (1,1)
әйел адам	448 (95,9)	187 (98,9)
Отбасында қалқанша без ақауымен ауыратындар		
иа	9 (17,1)	63 (33,3)
жоқ	387 (82,9)	126 (66,7)
Отбасында қалқанша без обырымен ауырғандар		
иа	0 (0)	0 (0)
жоқ	467 (100,0)	189 (100,0)
Шағымы		
шағымы жоқ	29 (6,2)	2 (1,1)
гипотиреоз симптомы	25 (5,4)	9 (4,8)
гипертиреоз симптомы	78 (16,7)	36 (19,0)
тамағындағы түйілу сезімі	97 (20,8)	49 (25,9)
"қысу"сезімі	79 (16,9)	39 (20,6)
"өңтігу"сезімі	108 (23,1)	41 (21,7)
Консервативті ем		
иа	0 (0)	189 (100,0)
жоқ	467 (100,0)	0 (0)
Диагнозы		
киста	75 (16,1)	63 (33,3)
коллойдты түйінді жемсау	182 (38,9)	45 (23,8)
Токсикалық аденома	43 (9,2)	54 (28,6)
Көптүйінді жемсау	167 (35,8)	26 (14,3)
Биопсия нәтижелері		
атипиясыз	467 (100,0)	189 (100,0)
атипия белгілері	0 (0,0)	0 (0)

Барлық науқастарға зерттеудің барлық түрі склеротерапияға (СКТ) дейін жүргізілді және 3-6-12 ай және 5-10 жылдан кейін қайта жүргізілді. Бақылау хаттамасына медициналық қарау қосылды; тиреотропный гормон (ТТГ), бос тироксин Т4 және американдық өлшемдер кіргізілді. Келесі қарау 3-6-12 ай және 5-10 жылдан кейін қайта жүргізілді. Склеротерапияға дейін барлық науқастарға жіңішке инелі аспирационды биопсия Папаниколау бояуы бойынша жүргізіледі. Түйін көлемі Брунн және т.б. қосалқы авторлардың ұсынған әдістемесіне сәйкес есептелді [15]. Киста немесе солидті түйіндердің көлемі келесі формула бойынша анықталды: ұзындығы $\times$ ені $\times$ биіктігі $\times \pi/6$ [3,30].

Қолдануға көрсеткіштер және қарсы көрсеткіштер.

СКТ-ға көрсеткіштер болып келесілер жатады: қысым симптомын шақыратын рецидивті киста және үлкен токсикалық емес қатты киста, коллоидты түйін түзілістері симптомын шақыратын қайталамалы кисталар жатады. Жіңішке инелі пункционды-аспирациялық биопсия (FNAB) бойынша атипия көріністері, отбасы мүшелерінде ҚБ обыры болса және түзілістің төс артында орналасуы қарсы көрсеткіш болып табылады.

Ем-шара тәртібі - УДЗ-дің бақылауымен 95% стерилді этанолды 23-G ине арқылы жергілікті жансыздандыру арқылы (0,5% новокаин ерітіндісі) енгізілді. Түйін мөлшеріне байланысты этанол мөлшеріде әр сессияда әр түрлі болады, өте баяу 2 минут ішінде 0,5-тен 15мл аралығында енгізілді. Кистозды түйін кезінде сұйықтық 100% сорылып алынып, аспирациялық сұйықтық көлемінен 70%-да этанол енгізілді. Токсикалық немесе токсикалық емес қатты түйіндерге оның алғашқы көлемінен 30–50% мөлшерде этанол енгізілді. PEI сессиялары әр 3-4 күнде жүргізілді, тек токсикалық аденома кезінде әр 2 күн сайын жүргізілді. Этанолды орташа есеппен алғанда 3,05 рет (диапазон 1-ден 4-ке дейін) амбулаторлы қабылдауда енгізілді. Түйіннің кішіреюі алдыңғы өңдеуге қарағанда $\geq 50\%$ -ға дейін, әр ем-шарада азайып отырды. Токсикалық түйіндер үшін ем-шара сәттілігін ТТГ және босТ4 деңгейінің СКТ емдеуден 4-аптадан кейін қалыпты болуымен анықталады, кейін тиреостатикалық

терапиясыз жүргізіледі. Аденома немесе коллоидты түйінді жемсау кезіндегі қатты компоненттер өлшемі $\geq 50\%$ -ға дейін кішіреюі керек және ұзақ уақыт бойы УДЗ - кезінде оның өсу белгілері болмау керек.

Өмір сүру сапасын бағалау - SF-36 стандартты сауалнамасы көмегімен жүргізілді [15], әр элементі Лайкерт шкаласымен балл жүйесі бойынша бағаланады [9]. Қорытынды бағалау 0-ден (ең нашар өмір сүру сапасы) 100-ге (ең жақсы өмір сүру сапасы) дейінгі аралықта қойылды.

Этика - Барлық науқастар ота жасаудан және радиометаболикалық емнен бас тартып, осы терапиялық ем-шараға (СКТ) және өздерінің ақпараттық келісімдерін берді [11].

Статистикалық талдау-тоқтаусыз өзгерістердің орталық тенденциясы, қалыпты таралымдарға сәйкес орташа көрсеткіштері $\pm$ стандарты ауытқу ретінде көрсетіледі. Категориялық мәліметтер абсолютты және салыстырмалы сандармен белгіленген. Сапалық мәліметтерді алу үшін топтағы айырмашылық хи-квадрат (X^2) критериімен есептелді, ал P-бағалауы $<0,05$ есептелді. Мәліметтерді талдау үшін SPSS 20 бағдарламасымен жүргізілді.

Нәтижелері

Зерттеу басында токсикалық аденомасы бар барлық науқастарда СКТ көрсеткіштері FT4 қалыпты деңгейде болды (1,8пг/мл) және аздаған төмен (ТТГ0, 1мЕд /л), 3-6-12 айдан кейін және 5-10 жылдан кейін де СКТ зерттеулері қалқанша безінде ешқандай гормональды өзгерістердің болмағанын көрсетті. PEI-дан кейінгі ультрадыбысты бағалау 3 және 6 ай бойында біртіндеп азайғандығын, көлемінің азаюы 9,4мл және 5,1мл дейін ($p < 0,01$ дейін 20.1 көрсеткіштерімен салыстырғанда) төмен-дегенін көрсетті. Қалқанша бездің УДЗ бақылауы бойынша түйіндер мөлшерінің көлемі сақталған. Орташа көлемі 12ай және 5-10 жыл бойы сол қалыпта сақталған 5,1 мл (2 кесте).

Кистасы бар барлық науқастарда бастапқыда СКТ жүргізгенге дейін Т4 көрсеткіштері қалыпты (1,1 пг/мл) және ТТГ шекаралық қалыпты деңгейде (0,5 мМЕ/л) болған. СКТ жүргізгеннен кейін 3-6-12 ай және 5-10 жылдан кейінгі зерттеулерде ҚБ гормональды бұзылыстары тіркелмеген.

2 кесте.

Гормондар динамикасы және СКТ (мл)-ден кейінгі токсикалық аденоманың көлемі, сонымен қатар (95% сенімді интервал).

	СКТ алдында	3 айдан кейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін	5 жылдан кейін	10 жылдан кейін
босТ ₄	1,8 (1,0-2,5)	1,6 (1,3-2,8)	1,1 (1,0-3,0)	0,8 (0,6-2,1)	1,2 (1,0-2,7)	1,2 (0,9-1,8)
ТТГ	0,1 (0,08-1,0)	0,4 (0,1-1,2)	1,3 (0,9-2,1)	2,1 (1,1-2,9)	2,5	2,2
Түйін көлемі	20,1 (15,6-31,3)	9,4 (6,2-13,8)	5,1 (1,0-5,4)	5,1 (0,8-5,2)	5,1 (0,7-5,3)	5,1 (0,7-5,3)

РЕІ жүргізгеннен кейінгі уақытта ультрадыбыстық бақылау бойынша 3 айда түзілістің айқын кішірейгендігі анықталды, көлемдік азаю 0,2 мл дейін болды ($p < 0,01$

базалықпен салыстырғанда 18,3). Келесі УДЗ-де кистаның белгілері болмаған, ары қарайғы бақылауда 6-12 ай және 5-10 жылда 0,0 мл-ді құрады (кесте 3).

3 кесте.

Гормондар динамикасы және СКТ (мл)-ден кейінгі кисталардың көлемі, сонымен қатар (95% сенімді интервал).

	СКТ алдында	3 айдан кейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін	5 жылдан кейін	10 жылдан кейін
босТ ₄	1,1 (0,9-2,1)	1,3(1,1-1,9)	1,1(0,9-2,2)	1,4(1,1-1,9)	1,3(1,0-2,5)	1,5(0,9-1,6)
ТТГ	0,5 (0,3-1,5)	0,7(0,6-0,9)	0,5(0,3-0,9)	0,8(0,5-1,1)	1,1(0,8-1,9)	1,4(0,5-1,9)
түйін көлемі	18,3(4,1-29,2)	0,2(0,1-0,4)	0	0	0	0

ҚБ аденомасы барлық науқастарды алғаш рет зерттегенде Т₄ (1,4пг/мл) пен ТТГ(1,62МЕд/л) деңгейлері қалыпты көрсеткіштерде болды. СКТ жүргізгеннен кейін 3-6-12 ай және 5-10 жылдан кейінгі зерттеулерде ҚБ гормональды өзгерістері тіркелмеген. РЕІ жүргізгеннен кейінгі уақытта ультрадыбыстық бақылауда 3 және 6 айда

біртіндеп төмендеу көрсеткен, көлемдік азаю сәйкесінше 2,6 см³ және 2,2 см³ дейін болды ($p < 0,01$ базалық 4,5-пен салыстырғанда). Кейінгі УДЗ қорытындылары бойынша түйін көлемінің тұрақты болуы, емнің сәтті болғандығын дәлелдеді. 12 ай мен 5-10 жыл ішінде аденома көлемінің орташа азаюы да жылдам болды- 2,2 см³ (кесте 4).

4 кесте.

Гормондар динамикасы және СКТ (см3)-ден кейінгі аденомалардың көлемі, сонымен қатар (95% сенімді интервал).

	СКТ алдында	3 айдан кейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін	5 жылдан кейін	10 жылдан кейін
босТ ₄	1,4 (1,1-2,0)	1,2 (0,8-1,9)	1,3 (1,1-1,9)	1,4 (0,9-2,0)	1,4 (0,8-1,8)	1,3 (1,0-1,5)
ТТГ	1,62 (0,8-2,7)	1,1 (0,7-1,4)	1,2 (0,7-1,2)	0,8 (0,7-1,8)	1,2 (1,0-2,1)	1,1 (0,9-2,3)
түйін көлемі	4,5 (1,5-8,3)	2,6 (1,0-4,5)	2,2 (0,9-4,1)	2,2 (0,9-4,1)	2,2 (0,9-4,1)	3,1 (0,9-4,1)

Коллоидты түйінді жемсауы бар барлық науқастарды базалық бағалаудағы мәліметтері бойынша бастапқыда СКТ жүргізгенге дейін Т₄ көрсеткіштері қалыпты (1,1 пг / мл) және ТТГ шекаралық қалыпты деңгейде (0,5 мМЕ / л) болған. СКТ жүргізгеннен кейін 3-6-12 ай және 5-10 жылдан кейінгі зерттеулерде қалқанша безінің гормональды бұзылыстары анықталмаған. СКТ жүргізгеннен кейінгі уақытта ультрадыбыстық бақылауда 3 және 6 айда біртіндеп төмендеу көрсеткен, көлемдік азаю сәйкесінше 2,8 см³ және 1,1 см³ дейін

болды ($p < 0,01$ базалық 10,2-мен салыстырғанда). Кейінгі УДЗ қорытындыларында түйіндердің өлшемдері тұрақты болған, бұл емнің сәттілігі болып табылды.12 ай мен 5-10 жыл ішінде көлемінің орташа азаюы сол жылдамдықпен жүрді- 1,0 см³ (кесте 5).

Жанама әсерлер мен асқынуларды зерттеген кезде, оперативті араласулармен салыстырғанда СКТ жүргізгеннен кейін асқынулардың жалпы санының айтарлықтай аз болғанын анықтадық (0,2% қарсы 91,5%; $p < 0,001$).

5-кесте.

Гормондар динамикасы және СКТ (см3)-ден кейінгі коллоидты түйінді жемсау көлемі, сонымен қатар (95% сенімді интервал).

	СКТ алдында	3 айдан кейін	6 айдан кейін	12 айдан кейін	5 жылдан кейін	10 жылдан кейін
бост ₄	1,5 (1,0-2,3)	1,3 (0,9-1,8)	1,4 (0,9-2,3)	1,5 (1,1-1,9)	1,5 (1,3-2,2)	1,4 (1,1-2,4)
ТТГ	0,9 (0,3-2,4)	1,7 (1,1-2,6)	1,1 (0,8-2,1)	1,3 (0,9-1,9)	1,0 (0,8-1,4)	1,4 (0,9-1,9)
түйін көлемі	10,2 (2,6-14,8)	2,8 (1,2-5,7)	1,1 (0,9-1,5)	1,0 (0,8-1,4)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,8-1,3)

Склеротерапиядан кейін науқастарда тек бір типті асқынулар анықталған. 1% жуық науқастар ешбір дәрі-дәрмектер немесе емшаралар қабылдамай-ақ 2-3 күннен кейін дауыс қарлығына шағымданған. Жанама әсерлердің ішінде бірінші орында

операциядан кейінгі гипотиреоз жағдайы болды (78,2%). Сирек қайтыпкелуші нерв парезі, операциядан кейінгі гипопаратиреоз және түйінді формалармен қайталап ауыру (кесте 6).

6 кесте.

Асқынулары.

	СКТ(n=467)		хирургиялық науқастар (n=189)		
Асқынулар	n	%	n	%	P-белгісі
дауысының қарлығыуы	10	0,2	...	...	...
нервтің қайталанған парезі	0	-	11	5,8	...
операциядан кейінгі гипопаратиреоз	0	-	6	3,2	...
түйінді түрлерінің қайталануы	...	...	9	4,8	...
операциядан кейінгі гипотиреоз	0	-	147	78,2	...
асқырудың жалпы саны	10	0,2	173	91,5	<0,001

СКТ нәтижелеріне байланысты сол операциядан кейінгі кезге қарағанда, 3 айдан кейін өмір сапасы жақсарған. СКТ- ден кейін физикалық құрамы орташа алғанда 64,5

құрады, ал операциядан кейін 29,2 болған(p <0,00). СКТ ден кейінгі психикалық компонент 73,8, ал операциядан кейін 40,3 болғанға қарсы(p <0,00), (кесте 7).

7 кесте.

СКТ және хирургиялық топтағы науқастардың өмір сүру сапасы, орташа есеппен (95% сенімді интервал).

Жиынтық компоненттер (SF-36)	СКТ 3 айдан соң және одан кейінірек (n=467)		Хирургиялық операциядан соң 3 айдан соң және одан кейінірек (n=189)		P-белгісі
физикалық	64,5	58,1-83,7	29,2	22,03-37,1	<0,00
психикалық	73,8	69,3-88,4	40,3	35,57-51,4	<0,00

Талқылау

Склеротерапияның этанолиның механизмі этанолдың жасушалық дегидратациясы мен ақуыз денатурациясын шақыруында, олардан кейін коагуляциянды некроз, реактивті фиброз, және ұсақ тамырлар тромбозы болады [19, 20]. СКТ терапия қалқанша бездің рецидивирлеуші кисталарын емдеуде қолдануға болатын әдіс, дегенмен, ол кең таралмаған [19, 20, 26].

Кей зерттеулер СКТ-ның кейбір ерекше жағдайларда тіпті ахирургияға альтернатив болуы мүмкіндігін дәлелдеген, мысалы,

рецидивирлеуші түйіндер [26, 27], йод-индуцирленген тиреотоксикоз [12], лимфа түйіндеріне таралған папиллярлы ісік [14], тек уақыт созу керек ұлкен түйіндер [10], еркше профессиядағы науқастар, сондай ақ жүктілер [12, 6]. СКТ-ның әсерлігіне өткізілген соңғы онжылдықтағы зерттеулер қалқанша без автономды түйіндерін емдеуде оның әсерлігін, анестезия керк еместігін, және минимальді қауіп төндіретінін дәлелдейді [28, 29].

Біздің зерттеу этанол склеротерапия кистозды және қатты түйіндердің екеуінде де эффективті болатындығын көрсетті. 6 ай бойы

бақылауда қалқанша бездің кисталарының өсу жылдамдығының 0 мл ге дейін төмендеуі және 3 ай бақылауда токсикалық аденомадағы кистозды түйіндердің бастапқы мөлшерден 50% артық азаю және 10 жылға дейін қалыпты мөлшерін сақтап тұрды. Аралас және қатерлі емес қатты түйіндер көлеміне қарай кішірейіп көп түйінді жемсауға және коллоидты түйінді жемсау бастапқыдан 50%, ал 3 ай бақыланып және түйіндердің тұрақты көлемі 10 жылға дейін малигнизациясыз және рецидивсіз болған. Қатты және кистозды түйіндер склеротерапия әсері әр түрлі себептен дамымаған. Сондада, біздің ойымызша этанол обыр клеткаларының секрециясын блоктап, кистозды компоненттар кішірейеді. Қалқанша бездің қатты компоненттары диффузияға тұрақты болып келеді, абляциядан кейін әсері азаяды. Қатты түйіндердің васкуляризациясымен изобилиясында этанолды дренаждайды, біртіндеп нейтролиздап оның әсері іс шараның әсерін тежейді.

Ясуда және басқалары хабарлады, этанолмен склеротерапия әдісі кистаның көлемі 72% дейін азайған, қалқанша бездің рецидиві фибропункция аспирационды биопсия жасаған соң. Cho және басқалары [2] хабарлады 68% науқастарда кистозды түйін 50% дейін төмендеген. Біздің зерттеуімізде 65% кистозды түйіні бар науқастарда 50% және одан да жоғары мөлшерде көлемі кішірейгенін айтты. СКТ жылдамдығы бойынша жанама әсері әр түрлі зерттеулерге байланысты берілетін локальды ауырсыну және дауыс сіңірінің параличына 1%-дан көп әкелді [20]. Біз басқа да нәтижелерді алдық, СКТ (0,2%) жылдамдығының жанама әсеріне байланысты. Хирургиялық топқа қарағанда айтарлықтай сирек болды ($p < 0,001$). СКТ және хирургияға байланысты өмірлік сапаның бағасын зерттеу жеткіліксіздігін салыстыру. Біздің байқауымызша физикалық және психикалық компоненттар симптомдардың ұзақтығына байланысты, ісіктің орташа көлемі, шағымдар мен асқынулар саны. Екі компоненттің резюмеі СКТ және хирургиялық топтан айтарлықтай ерекшеленді ($p < 0,00$).

Қорытынды. Қортындалай келгенде, этанолмен терілік инъекция қатты және кистозды түйіндерге эффективті емдеу әдісі болып табылады, бірақ этанол склеротерапия

қалқанша бездің кистозды түйініне көбірек тиімді әдіс болып табылады. Өмір сапасы СКТ-дан кейін асқыну болмағандықтан, атап айтсақ гормональды өзгерістермен жарақаттар болмауына байланысты көбірек жақсарған, осы әдістен кейін ұзақ уақытқа өмір сапасы жақсарды, өршу болмайды, бұл әдіс қатерсіз қалқанша безінің кистасын емдеу стандартына ұсынуға болады.

Автордың қосқан үлесі: Авторлар зерттеу кезінде өз үлесін қосты. Барлық зерттеулер Еспенбетова М.Ж. жетекшілігімен жүргізілді. Манускрипті жазу, статистикалық өңдеу, дизайн және материалдарды жинау автормен жүргізілді: Ж.М. Жуманбаева, Н.Е. Глушкова.

Қызығушылық конфликтісі: Автор материал жинауда, олардың құрылымын зерттеуде, және оларға интерпретация жасауда ешқандай жанжалдардың болмағандығын айтады.

Әдебиеттер:

1. Beresford B., Clarke S., and Greco V. Referrers' use and views of mental health services for deaf children and young people in England // J Ment Health. 2010. №19 (2). P. 193-201.
2. Chu C.H. et al. Sclerotherapy of thyroid cystic nodules // Journal of the Formosan Medical Association. Taiwan yi zhi. 2003. №102 (9). P. 625-630.
3. Cho Y.S. et al. Sonographically guided ethanol sclerotherapy for benign thyroid cysts: results in 22 patients // American Journal of Roentgenology. 2000. №174(1). P. 213-216.
4. Clark O.H. et al. Diagnosis and Treatment of thyroid, parathyroid, and thyroglossal duct cysts // J Clin Endocrinol Metab. 1979. №48 (6). P. 983-8.
5. Cooper D.S. et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer // Thyroid. 2006. №16 (2). P. 109-42.
6. Cortelazzi D. et al. Resolution of hyperthyroidism in a pregnant woman with toxic thyroid nodule by percutaneous ethanol injection // Thyroid. 1995. №5(6). P. 473-5.
7. Cusick E.L. et al. Cystic change and neoplasia in isolated thyroid swellings // Br J Surg. 1988. №75(10). P. 982-3.
8. De los Santos E.T. et al. Cystic thyroid nodules. The dilemma of malignant lesions // Arch Intern Med. 1990. №150(7). P. 1422-7.

9. *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects.* 2009. P.145-147.
10. *Filetti S., Durante C., and Tortolano M.* Nonsurgical approaches to the management of thyroid nodules // *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* 2006. №.2(7). P. 384-94.
11. *Gandek B. et al.* Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. 2004.
12. *Gharib H. et al.* Clinical review: Nonsurgical, image-guided, minimally invasive therapy for thyroid nodules // *J Clin Endocrinol Metab.* 2013. №.98(10). P. 3949-57.
13. *Hammer M., Wortsman J., and Folse R.* Cancer in cystic lesions of the thyroid // *Arch Surg.* 1982. №.117(8). P. 1020-3.
14. *Hay I.D. et al.* Long-term outcome of ultrasound-guided percutaneous ethanol ablation of selected "recurrent" neck nodal metastases in 25 patients with TNM stages III or IVA papillary thyroid carcinoma // *Surgery.* 2013. №.154(6). P. 1448-54.
15. *Jarlov A.E. et al.* Accuracy of the clinical evaluation of thyroid size // *Dan Med Bull.* 1991. №.38(1). P. 87-9.
16. *Jayesh S. et al.* Efficacy and safety of USG-guided ethanol sclerotherapy in cystic thyroid nodules // *Indian Journal of Radiology and Imaging.* 2009. №.19(3). P. 199.
17. *Jensen F. and Rasmussen S.N.* The treatment of thyroid cysts by ultrasonically guided fine needle aspiration // *Acta Chir Scand.* 1976. №.142(3). P. 209-11.
18. *Kalra N. et al.* Comparison of Sonographically Guided Percutaneous Sodium Tetradecyl Sulfate Injection with Ethanol Injection in the Treatment of Benign Nonfunctioning Thyroid Nodules // *Journal of Vascular and Interventional Radiology.* 2014. №.25(8). P. 1218-1224.
19. *Kim D.W. et al.* Ultrasonography-guided ethanol ablation of predominantly solid thyroid nodules: a preliminary study for factors that predict the outcome. *Br J Radiol* // 2012. №.85(1015). P. 930-6.
20. *Kim J.H. et al.* Efficacy of sonographically guided percutaneous ethanol injection for treatment of thyroid cysts versus solid thyroid nodules // *American Journal of Roentgenology.* 2003. №.180(6). P. 1723-1726.
21. *Livraghi T. et al.* Treatment of autonomous thyroid nodules with percutaneous ethanol injection: 4-year experience // *Radiology.* 1994. №.190(2). P. 529-33.
22. *Livraghi T. et al.* Treatment of autonomous thyroid nodules with percutaneous ethanol injection: preliminary results // *Work in progress. Radiology.* 1990. №.175(3). P. 827-829.
23. *Mazzaferri E.L.* Management of a solitary thyroid nodule // *N Engl J Med.* 1993. 328 (8). P. 553-9.
24. *McHenry C.R., Slusarczyk S.J., and Khiyami A.* Recommendations for management of cystic thyroid disease // *Surgery.* 1999. №.126(6). P. 1167-71.
25. *Pan Y. and Barnhart H.X.* Methods for assessing the reliability of quality of life based on SF-36. *Stat Med.* 2016.
26. *Solymosi T. and Gal I.* Treatment of recurrent nodular goiters with percutaneous ethanol injection: a clinical study of twelve patients // *Thyroid.* 2003. №.13(3). P. 273-7.
27. *Solymosi T. et al.* Percutaneous Ethanol Sclerotherapy of Symptomatic Nodules Is Effective and Safe in Pregnant Women: A Study of 13 Patients with an Average Follow-Up of 6.8 Years // *International journal of endocrinology.* 2015.
28. *Tarantino L. et al.* Percutaneous ethanol injection of hyperfunctioning thyroid nodules: long-term follow-up in 125 patients // *American Journal of Roentgenology.* 2008. №.190 (3). P. 800-808.
29. *Tarantino L. et al.* Percutaneous Ethanol Injection of Large Autonomic Hyperfunctioning Thyroid Nodules // *Radiology.* 2000. №.214(1). P. 143-1.
30. *Verde G. et al.* Ultrasound guided percutaneous ethanol injection in the treatment of cystic thyroid nodules // *Clinical endocrinology.* 1994. №.41(6). P. 719-724.

Контактная информация:

Жуманбаева Жанар Махматовна – PhD докторант по специальности «Медицина» Государственного медицинского университета города Семей.

Почтовый адрес: Казахстан, 071400, г. Семей, ул. Абая 103.

E-mail: zhanar.zh_79@mail.ru

Телефон: +77759803208