

УДК 616.441-006.5-053.9-089

Н.П.Володченко

## К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ЗОБА У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

*Амурская государственная медицинская академия*

## РЕЗЮМЕ

В работе анализируются результаты лечения 258 больных в возрасте 60-78 лет с заболеваниями щитовидной железы. У 89,5% пациентов выявлены возрастные сопутствующие заболевания. С целью снижения риска интра- и послеоперационных осложнений необходима коррекция сопутствующей патологии в предоперационном периоде. Летальных исходов после операции не было. Осложнения наблюдались у 2,7% больных. У 66,3% больных достигнут положительный эффект при терапии рецидивного зоба с помощью этаноловых деструкций.

## SUMMARY

N.P.Volodchenko

GOITRE TREATMENT IN PATIENTS  
IN THE AGE GROUP OF 60-78 YEARS

258 patients with goitre in the age group of 60-78 have been examined. 89,5% of patients had age-related diseases. To reduce the risk of intra- and post-operative complications it is necessary to control accompanying pathology during a post-operative period. We didn't have lethality after operations. 2,7% of patients had complications. 66,3% of patients responded positively to treatment with ethanol destruction.

Последние годы в инфраструктуре эндокринных заболеваний неуклонно прогрессируют заболевания щитовидной железы, обуславливая повышенный интерес к этой проблеме [2, 4]. Хирургический метод занимает ведущее место в лечении тиреоидной патологии [3, 4, 11]. Больные пожилого и старческого возраста, оперируемые по поводу тиреоидной патологии, составляют от 9,4 до 19% [6, 10]. Возрастные изменения организма и особенности тиреоидной патологии у лиц старшей возрастной группы ставят перед врачом дополнительные клинические проблемы предоперационной подготовки, выбора оперативного пособия и ведения в послеоперационном периоде [5, 6, 7, 9].

## Материалы и методы исследования

В работе представлены результаты обследования и лечения 258 больных с заболеваниями щитовидной железы в возрасте от 60 до 78 лет, оперированных в клинике общей хирургии АГМА за последние 20 лет. При поступлении больных в стационар изучали амбулаторные карты, выписки из историй болезни,

анамнестические данные. Диагностический комплекс включал: анализ клинической симптоматики, изучение сопутствующей патологии, определение уровней гормонов: тиреотропный гормон – ТТГ, тироксин – Т<sub>4</sub>, трийодтиронин – Т<sub>3</sub>, антител к тиреоглобулину и тиреоидной пероксидазе, фосфора, кальция, УЗИ щитовидной железы с тонкоигольной аспирационной пункционной биопсией (ТАПБ), сканирование с радиоактивным йодом или технецием (по показаниям), рентгенологическое исследование шеи и средостения с контрастированием пищевода (при загрудинной локализации процесса), гистологическое исследование резецированной щитовидной железы. При определении размеров щитовидной железы пользовались классификацией, предложенной О.В.Николаевым.

## Результаты исследований и их обсуждение

Среди прооперированных пациентов старшей возрастной группы 242 (97,3%) составили женщины и 16 (6,3%) мужчины. Соотношение мужчин и женщин 1:9. До операции узловой (многоузловой) нетоксический зоб выявлен у 197 (73,4%), токсический – у 46 (17,8%), аутоиммунный тиреоидит – у 9 (3,4%), рак – у 6 (2,3%) больных. Длительность заболевания у 154 (59,6%) больных составляла 10 и более лет, у 37 (14,3%) свыше 20 лет. У 165 (63,9%) пациентов наблюдалось увеличение щитовидной железы до III-V ст. по О.В.Николаеву. Несмотря на большое увеличение щитовидной железы, диагностика зоба у пациентов пожилого возраста часто затруднена вследствие ожирения, конституциональных особенностей (короткая шея, загрудинное расположение зоба). Шейно-загрудинное расположение узлов с девиацией и сдавлением органов шеи выявлено у 27 (10,4%). Среди мужчин подобная локализация зоба отмечена в 4 раза чаще, чем у женщин, что обусловлено большей силой мышц шеи, присасывающим действием диафрагмы и размерами щитовидной железы [8].

За медицинской помощью самостоятельно обратилось 162 (62,7%) пациентов, у 35 (13,5%) заболевание выявлено во время диспансерного обследования и у 61 (23,6%) при лечении другой патологии. Все пациенты до операции прошли клиническое обследование, в результате которого у 231 (89,5%) выявлены сопутствующие заболевания разной степени тяжести. Гипертоническая болезнь диагностирована у 53,2% больных, у 16,2% – ишемическая болезнь сердца, обусловленная, в основном, кардиосклерозом. Более 2/3 обследованных больных страдали остеохондрозом, 1/3 ожирением, 9 больных варикозной болезнью нижних конечностей, 7 сахарным диабетом. В большинстве случаев сопутствующие заболевания соче-

тались. При поступлении 203 (78,6%) больных предъявляли жалобы на чувство давления в области шеи и трахеи, затруднения при глотании пищи – 83 (32,1%), удушье, особенно в положении лёжа – 39 (15,%), осиплость голоса – 9 (3,4%) пациентов.

Клиническая симптоматика токсического зоба у лиц пожилого возраста часто неспецифична [6]. На первый план выступала кардиальная симптоматика. Стойкую тахикардию наблюдали у 41 (89,1%) из 46 больных токсическим зобом, одышку, похудание – у 37 (80,4%), тремор верхних конечностей – у 25 (54,3%).

Показанием к операции являлись – неэффективность консервативной терапии и рецидив тиреотоксикоза, большие размеры зоба, загрудинное расположение и симптомы сдавления и смещения органов шеи, продолжающийся рост зоба, подозрения на малигнизацию или наличие злокачественного образования. Для снижения риска возникновения осложнений во время и после операции проводили тщательную коррекцию нарушений сердечно-сосудистой системы, метаболических расстройств с помощью комплекса средств, включающего сердечные гликозиды, витамины группы В, С, симптоматические препараты. Предоперационная подготовка больных с заболеваниями щитовидной железы проводилась в эндокринологическом отделении с мониторингом клинических симптомов и гормонального фона. Обязательным условием проведения операции при диффузном токсическом зобе – устранение тиреотоксикоза. В качестве базисной терапии использовали мерказолил и В-блокаторы. У 5 (10,8%) больных для снятия тиреотоксикоза, в связи с неэффективностью медикаментозных средств, использовали эфферентные методы лечения плазмаферез, ультрафиолетовое облучение крови, энтеросорбенты.

Выбор анестезии проводили индивидуально. Считаем, что у больных пожилого возраста при операциях на щитовидной железе, наиболее приемлема общая анестезия. Под комбинированным обезболиванием оперировано 87,9 и у 12,1% использовали нейролептаналгезию в сочетании с местной анестезией. Объем операции выбирался в зависимости от характера патологии, но стремились максимально сохранить здоровую ткань щитовидной железы. Во время операции использовали аргоновый коагулятор, который обеспечивал надёжный гемостаз при минимальном повреждении окружающей ткани, способствовал сокращению продолжительности операции (рац. предложение №1533 от 15.05.2002, выданное АГМА). Послеоперационные осложнения наблюдались у 7 (2,7%) больных, из них – у 2 (0,7%) парез гортанных нервов, транзиторный гипопаратиреоз у 1 (0,4%), послеоперационные кровотечения у 1 (0,4%), у 1 (0,4%) – пневмония, острая сердечно-сосудистая недостаточность у 2 (0,7%).

При гистологическом исследовании препаратов резецированной ткани щитовидной железы у 62,5% выявлен микро-, средне-, макрофолликулярный коллоидный зоб. Очаги лимфоидной инфильтрации, фиброз, кальциноз, амилоидоз стромы, кровоизлияния обнаружены в 29,2% наблюдениях, у 3,4% зоб

Хашимото, аденомы у 2,6% и у 2,3% диагностирован рак. Летальных исходов после операций на щитовидной железе мы не наблюдали.

Одним из направлений в лечении рецидивного зоба у лиц пожилого возраста – использование малоинвазивных вмешательств, в частности, этаноловых деструкций [1]. Этаноловые деструкции выполнены 21 больному. Средний возраст больных 65,2±2,3 года, все лица женского пола. Этаноловые деструкции проводили 1 раз в неделю, объём вводимого спирта составлял от 0,8 до 2,0 мл. Курс 4-5 инъекций, перерыв между курсами 2 месяца, проводили 2-3 курса. Положительный эффект (уменьшение размеров узла более, чем на 50%, устранение тиреотоксикоза) достигнут у 66,3% больных. При проведении этаноловых деструкций у 1 больного отмечался транзиторный парез гортани, у 2 – болевой синдром и отёк в области инъекций. С целью коррекции послеоперационного гипотиреоза использовали внутривенное лазерное облучение крови через локтевую вену красным светом (длина волны 630 нм) ежедневно, без перерыва. На курс 7-10 процедур, мощность излучения на конце световода составляла 3-5 мВт, продолжительность сеанса 10 минут. Включение данного метода в комплексную терапию послеоперационного гипотиреоза позволило снизить заместительную дозу тиреоидных гормонов (L-тироксина с 1,6 до 0,5 мг/кг/сут) и достичь состояние эутиреоза, повысить качество жизни больных.

### Выводы

1. Адекватная предоперационная подготовка, выбор оптимального анестезиологического пособия и объёма оперативного вмешательства, своевременная профилактика и терапия послеоперационных осложнений позволяют снизить риск оперативного лечения заболеваний щитовидной железы у лиц старшей возрастной группы.

2. Этаноловые деструкции "тиреоидных остатков" при рецидивном зобе позволяют избежать повторных операций у лиц с высоким операционным риском и достичь положительного эффекта у 66,3% больных.

3. Включение внутривенного лазерного облучения крови в комплексную терапию послеоперационного гипотиреоза позволяет достичь состояния клинического эутиреоза с помощью малых доз тиреоидных гормонов и повысить качество жизни у лиц пожилого и старческого возраста.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков В.Г., Самодурова М.Ю. Чрескожная склерозирующая терапия доброкачественных образований щитовидной железы у лиц пожилого возраста//Современные аспекты хирургической эндокринологии.-Смоленск, 2002.-С.42-45.

2. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы.-М.: Медицина, 1993.-223 с.

3. Ветшев П.С., Балаболкин М.И., Петунина Н.А. и др. О показаниях хирургического лечения токсического зоба//Хирургия.-2000.-№8.-С.4-7.

4. Калинин А.П., Лукьянчиков В.С., Нгуен Кхань Вьет. Современные аспекты тиреотологии//Пробл. эндокринологии.-2000.-№ 4.-С.23-26.

5. Камардин Л.Н., Палинко П.С. Особенности предоперационной подготовки и оперативного лечения больных с зобом в старческом возрасте//Вестн. хирургии.-1977.-№ 4.-С.11-16.

6. Кузьмичёв А.С., Романчишен А.Ф., Симкин С.М. Токсический зоб у лиц пожилого и старческого возраста//Современные аспекты хирургической эндокринологии.-Челябинск, 2000.-С.243-245.

7. Реут А.А., Буинов Б.В. Об осложнениях при операциях на щитовидной железе//Актуальные проблемы хирургической эндокринологии.-Иркутск, 1990.-С.83-84.

8. Романчишен А.Ф., Волерт В.А. Особенности хирургического лечения и его результаты у мужчин, больных диффузным токсическим зобом//Современные аспекты хирургической эндокринологии.-Челябинск, 2000.-С.376-378.

9. Черенько М. Осложнения при операциях на щитовидной железе.-Киев, 1977.-109 с.

10. Черенько М.П., Черенько С.М., Игнатовский Ю.В. Особенности и хирургическое лечение узлового зоба у больных пожилого и старческого возраста//Клин. хирургия.-1989.-№12.-С.3-6.

11. Fardata L.M., Calandia O.B. Thyroid carcinoma. Graves disease//Surgery.-1995.-Vol.50-№8.-P.1149-1153.



УДК 616.155.392.2:616.233/24

В.В.Войцеховский, Ю.С.Ландышев, А.А.Григоренко, А.В.Леншин, Н.Н.Гаврилова, Б.А.Рабинович

**МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ**

*Амурская государственная медицинская академия,*

*Амурская областная клиническая больница,*

*ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск*

**РЕЗЮМЕ**

Проведено комплексное обследование бронхолегочной системы 102 больных хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ). У 36,4% больных с прогрессирующим и быстро прогрессирующим течением ХЛЛ отмечено повышение реактивности слизистой средних и мелких бронхов, что способствует развитию и прогрессированию у них хронического обструктивного бронхита. У больных с доброкачественным вариантом ХЛЛ показатели общей и регионарной вентиляции не отличаются от таковых у здоровых лиц. По мере прогрессирования гемобластоза отмечается значительное снижение регионарных и интегральных показателей вентиляции, что связано в первую очередь с большей частотой бронхолегочных осложнений у этих больных. При классическом течении ХЛЛ в развернутую стадию увеличенные медиастинальные лимфоузлы не играют ведущей роли в нарушении вентиляции легких. В стадию злокачественной трансформации заболевания измененные по консистенции лимфоузлы средостения оказывают значительное влияние на бронхиальную проходимость у данных больных. Нарушениям общей и регионарной вентиляции легких способствуют тяжелое и затяжное течение болезней органов дыхания; лимфоидная инфильтрация легких, бронхов и плевры; микроциркуляторный лейкостаз; отек и склероз легочной ткани; специфический лимфопролиферативный плеврит. По мере развития опухолевого процесса при ХЛЛ

отмечается прогрессирование гипоксемии и легочной гипертензии.

**SUMMARY**

V.V.Voitsekhovskiy, Yu.S.Landyshev, A.A.Grigorenko, A.V.Lenshin, N.N.Gavrilova, B.A.Rabinovitch

**THE MORPHOFUNCTIONAL CONDITION OF THE BRONCHOPULMONARY SYSTEM IN THE PATIENTS WITH CHRONIC LYMPHATIC LEUKEMIA**

A complex examination of the bronchopulmonary system of 102 patients with chronic lymphatic leukemia was performed. An increase of the reactivity of the mucous membrane of middle and small bronchia was observed in 36,4 % of the patients with progressing and aggressively progressing course of chronic lymphatic leukemia. This results in the development of chronic obstructive bronchitis in this patients. The indices of the general and regional ventilation in patients with the benign form of chronic lymphatic leukemia don't differ from those in healthy persons. When hemoblastosis becomes progressively worse, the considerable decline in the regional and integral indices of the ventilation is observed. First of all it is connected with a high incidence of bronchopulmonary complications in these patients. The enlarged mediastinal lymphatic nodes