

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.441-008.61-053.9-089:615.036

А.Ф.Романчишен, А.С.Кузьмичёв, С.Б.Климшин

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и военно-полевой хирургии (зав.—проф. А.Ф.Романчишен); ГОУВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» и Санкт-Петербургский центр хирургии органов эндокринной системы (руков.—проф. А.Ф.Романчишен)

Ключевые слова: тиреотоксикоз, пожилые люди, хирургическое лечение тиреотоксикоза.

Введение. Возраст является одним из самых значимых факторов риска развития заболеваний щитовидной железы (ЩЖ). Среди больных с синдромом тиреотоксикоза лица старше 65 лет составляют 15%. В регионах с нормальным потреблением йода распространённость тиреотоксикоза у пожилых людей составляет около 2% [6]. Скрининг «здоровой» популяции в возрасте старше 60 лет, проведённый в рамках Фрамингемского исследования, выявил синдром тиреотоксикоза у 2,3% мужчин и 5,9% женщин [3].

Причинами гипертиреоза могут быть те же заболевания ЩЖ, что и у людей другого возраста. По данным J.Diez [4], в регионе лёгкого йодного дефицита у лиц старше 55 лет, госпитализированных в эндокринологическую клинику, основными причинами гипертиреоза являлись многоузловой токсический зоб, болезнь Грейвса и приём гормонов ЩЖ. По данным L.Frost и соавт. [5], возраст на момент развития тиреотоксикоза является важнейшим фактором риска развития фибрилляции предсердий. Патология сердца при тиреотоксикозе нередко является ведущей в клинике заболевания и часто приводит к утрате трудоспособности. Для обозначения важнейших проявлений поражения сердца при тиреотоксикозе в 1899 г. H.Zondek предложил термин тиреотоксическое сердце. По мнению Л.И.Левиной [2], при тиреотоксикозе возникает гиперкинетический тип кровообращения. При таких условиях развиваются гиперфункция миокарда, гипертрофия, дистрофия, дилатация камер сердца, кардиосклероз и сердечная недостаточность. Дилатация левого предсердия, в свою очередь, увеличивает вероятность возникновения мерцательной аритмии (МА) [1].

У пожилых пациентов намного труднее диагностировать гипертиреоз, потому что его проявления могут быть стёртыми или несколько нетипичными. Нередко кардиальная симптоматика у лиц пожилого и старческого возраста выходит на первый план при отсутствии других внешних проявлений заболевания. В этой возрастной группе у 20% больных заболевание манифестирует впервые возникшим пароксизмом фибрилляции предсердий. Неэффективность антиаритмической терапии у пожилых пациентов должна нацеливать врачей на исключение у таких больных тиреотоксикоза как причины расстройства сердечного ритма [3].

Одним из сложнейших вопросов в выборе тактики лечения токсического зоба у пожилых людей является вопрос о показаниях к хирургическому лечению. С одной стороны, большое число сопутствующих заболеваний значительно увеличивает риск анестезиологического пособия и снижает возможности пациентов перенести тяжёлую операцию. С другой — даже минимальная степень проявления тиреотоксикоза значительно ухудшает течение других заболеваний, что наиболее сильно проявляется у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом.

Цель работы — уточнение показаний и оценка отдалённых результатов хирургического лечения больных пожилого возраста, страдающих тиреотоксикозом.

Материалы и методы. Работа основана на изучении 150 больных пожилого возраста, страдающих токсическими формами зоба. Больные были оперированы в Санкт-Петербургском центре хирургии органов эндокринной системы в период с 1992 по 2008 г. включительно. Среди них было 19 мужчин и 131 женщина (соотношение 1:7). Возраст представленных больных колебался от 65 до 82 лет. Средний возраст пациентов составил ($69 \pm 0,34$) года. Характеристика заболеваний в группах пациентов представлена на рис. 1.

В пожилом возрасте наблюдалось преобладание узловых (автономных) форм тиреотоксикоза (68,7%). Аутоиммунная форма встречалась в 31,3% случаев.

Помимо общего клинического обследования, больным проводилось УЗИ ЩЖ и определение уровней гормонов ЩЖ (Т3, Т4, свТ4, ТТГ, антитела к ТПО и ТГ). Суточное мониторирование электрокардиограммы (СМЭКГ) и эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) были выполнены у 50 больных. СМЭКГ проводилось на мониторах «Кардиотехника 4000». ЭхоКГ проводилось на приборе «Сонолайн». При проведении ЭхоКГ оценивались размеры камер сердца, аорты и лёгочной артерии, определялись конечно-диастолический объём, фракция выброса и ударный объём.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 47 больных с аутоиммунными формами тиреотоксикоза, среди них 25 страдали диффузным токсическим зобом (ДТЗ) (в том числе у 6 пациентов выявлен рецидив ДТЗ), 21 — ДТЗ с узлом, 1 — аутоиммунным тиреонидитом. 2-я группа составлена из 103 пациентов: 55 больных — с полинодозным токсическим зобом (ПТЗ) (из них 3 больных с рецидивом заболевания), 48 — с токсической аденомой (ТА). У 2 пациентов на фоне ПТЗ зоба выявлены фокусы папиллярного рака.

У 52 (34,7%) больных показанием к операции было тяжёлое течение тиреотоксикоза, у 37 (24,7%) — рецидивирующее течение тиреотоксикоза. У 93 (62,0%) пациентов диагностировано шейно-загрудинное расположение ЩЖ, причём, у 29 из них отмечалось сдавление трахеи и пищевода. У 9 (6,0%) — отмечалась непереносимость тиреостатиков. Сочетание двух показаний к хирургическому лечению выявлено у 34 (22,7%) больных, 3–4 показания — у 8 (5,3%).

Предоперационная подготовка была направлена на поддержание эутиреоидного состояния пациентов. Также проводилась терапия β-адреноблокаторами, сердечными гликозидами, рибоксином. У 12 (8%) пациентов тяжёлое течение тиреотоксикоза с проявлениями сердечной недостаточности явилось причиной прохождения предоперационной подготовки в эндокринологическом отделении. Для оцен-

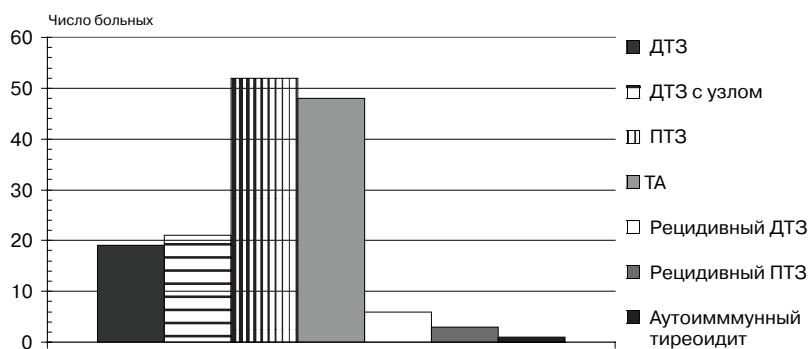


Рис. 1. Характеристика заболеваний щитовидной железы.

ки результатов хирургического лечения через 6 мес после операции 50 пациентам проведён повторный осмотр, определение уровня гормонов, выполнены контрольные СМЭКГ и ЭхоКГ.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина тиреотоксикоза была многообразной. Наиболее часто встречаемые жалобы в обеих группах пациентов в разгар заболевания представлены в таблице.

I стадия тиреотоксикоза в наших наблюдениях выявлена у 12 пациентов, что составило 8%, причём все они были женского пола. Тиреотоксикоз II стадии был отмечен у 84 (56%) больных. III стадия тиреотоксикоза была выявлена у 53 (35,3%). В клинической картине тиреотоксикоза присутствовала преимущественно кардиальная патология, что проявлялось наличием пароксизмов или постоянной формой мерцательной аритмии, развитием хронической сердечной недостаточности, толерантной к проводимой терапии.

Учитывая, что основным проявлением тиреотоксикоза в пожилом возрасте является кардиальная патология, мы решили в данной рабо-

Жалобы у больных с аутоиммунным и автономным тиреотоксикозом

Жалобы	Группы больных, n (%)		p
	1-я, аутоиммунный тиреотоксикоз (n=47)	2-я, автономный тиреотоксикоз (n=103)	
Боли в сердце, сердцебиения	23 (48,9%)	42 (40,8%)	p≤0,05
Пароксизмы мерцательной аритмии	12 (25,5%)	18 (17,5%)	p≤0,05
Постоянная форма мерцательной аритмии	4 (8,5%)	18 (17,5%)	p≤0,05
Снижение массы тела	23 (48,9%)	34 (33,0%)	p>0,05
Тремор конечностей	16 (34,1%)	29 (28,2%)	p>0,05
Мышечная слабость	11 (23,4%)	10 (9,7%)	p≤0,05
Плаксивость	28 (59,6%)	52 (50,5%)	p>0,05
Потливость	8 (17%)	10 (9,7%)	p>0,05
Затруднение при дыхании	7 (14,9%)	63 (61,2%)	p≤0,05
Понос	5 (10,7%)	8 (7,8%)	p>0,05
Пучеглазие	8 (17%)	—	—

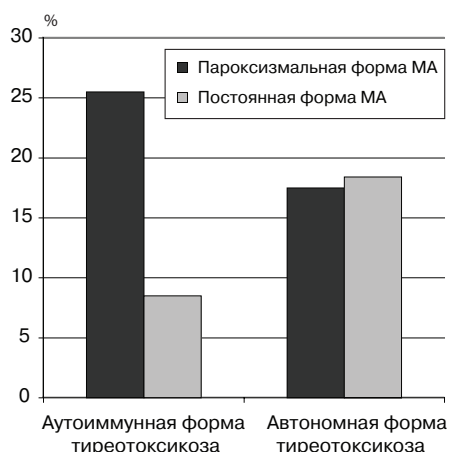


Рис. 2. Соотношение мерцательной аритмии и форм тиреотоксикоза.

те провести сравнительную характеристику 1-й и 2-й группы пациентов в отношении изменений структуры и функции сердца. Следует отметить, что большинство (94,7%) оперированных нами больных страдали, помимо тиреотоксикоза, ишемической болезнью сердца.

Из представленных выше данных (рис. 2) следует, что группа больных с аутоиммунным тиреотоксикозом значительно чаще ($p \leq 0,05$), чем больные с автономной формой тиреотоксикоза страдали пароксизмальной формой МА (25,5 против 17,5% соответственно). Помимо этого, в группе больных с аутоиммунным тиреотоксикозом почти половину пациентов беспокоили частые приступы стенокардии, усиливающиеся при физической нагрузке, отмечались значительное снижение массы тела, выраженный тремор конечностей, вегетативные проявления тиреотоксикоза. Наличие частых пароксизмов МА, нарушение трудоспособности приводили к более раннему обращению пациентов за медицинской помощью. Средняя длительность периода от момента появления жалоб до операции у больных 1-й группы ($2,3 \pm 0,6$ года), по сравнению с больными 2-й группы, которые были оперированы через 10–12 лет (в среднем — $11,4 \pm 0,7$ года) от начала заболевания, была значительно меньшей ($p \leq 0,05$).

В группе больных с автономным тиреотоксикозом значительно чаще ($p \leq 0,05$) встречалась постоянная форма МА (17,5%), чем в группе с аутоиммунным тиреотоксикозом — 10,6%. Данный факт может быть объяснен более длительным течением заболевания в группе больных с автономным тиреотоксикозом, отсутствием выраженных клинических проявлений тиреотоксикоза, что, в свою очередь, приводило к редкому обращению пациента к врачу, продолжительному, неэффективному лечению патологии сердца. Вместе с тем,

у больных довольно часто (61,2%) встречалась шейно-загрудинная локализация зоба с явлениями компрессии органов шеи (19,3%), на фоне которого имелись нарушения ритма сердца. Именно компрессионный синдром обращал на себя внимание и наводил на мысль о патологии ЩЖ.

У 50 пациентов при проведении ЭхоКГ получены следующие результаты: размеры левого предсердия (ЛП) у всех этих пациентов находились в пределах от 25 до 54 мм. Средний размер ЛП до операции составил ($41,6 \pm 0,9$) мм. По данным нашего исследования, расширение ЛП более чем 40 мм, что является predisposing фактором для возникновения мерцательной аритмии [1], выявлено у 50% больных в возрасте от 65 до 82 лет. При этом средний возраст пациентов этой группы составил ($71,1 \pm 1,0$) год, средняя давность заболевания составила ($10,0 \pm 3,2$) года. У 72% больных с расширением ЛП выявлена фибрилляция предсердий. Важно отметить, что соотношение постоянной и пароксизмальной форм МА находилось в равных количествах. Средний размер ЛП до операции у пациентов с пароксизмальной формой МА составил ($44,7 \pm 0,8$) мм, а с постоянной формой МА — ($48,6 \pm 0,9$) мм. Различия статистически достоверно.

В группе пациентов с нормальными размерами ЛП всего в 3 (12%) наблюдениях имелась пароксизмальная форма МА. Случаев постоянной формы фибрилляции предсердий выявлено не было. Следует обратить внимание на то, что длительность заболевания, при которой сохранялись нормальные размеры ЛП, в группе аутоиммунного тиреотоксикоза составила ($1,5 \pm 0,2$) года, а в группе автономного тиреотоксикоза — ($1,6 \pm 0,3$) года ($p \geq 0,05$). Исходя из этого, можно утверждать, что консервативное лечение больных тиреотоксикозом не должно превышать 1,5 лет, так как при более длительном лечении происходит расширение ЛП и повышается вероятность возникновения МА.

Во время проведения хирургического лечения гемитиреоидэктомия выполнена у 43 (28,7%) пациентов, субтотальная резекция ЩЖ — у 88 (58,7%) пациентов, резекция обеих долей ЩЖ — у 3 (2%) больных, тиреоидэктомия — у 16 (10,7%).

С целью выявления результатов хирургического лечения были обследованы 50 пациентов через 6 мес после операции. У 30 (60,0%) из них отмечалась нормализация уровня гормонов ЩЖ, у 8 (16,0%) — выявлен субклинический гипотиреоз, у 11 (22,0%) — гипотиреоз, у 1 (2,0%) — субклинический тиреотоксикоз. У 5 (41,7%) из 12, страдавших пароксизмальной формой МА, после операции отмечалось восстановление синусового ритма. У данной категории больных средний размер ЛП до операции составил ($45 \pm 0,8$) мм, а после операции он значительно ($p \leq 0,05$) умень-

шился [до $(41,6 \pm 0,54)$ мм]. Следует отметить, что восстановление синусового ритма у больных с аутоиммунной формой тиреотоксикоза, страдавших пароксизмальной формой МА, произошло в 50%. Средняя давность заболевания у этих больных составила $(3,0 \pm 0,6)$ года, размер ЛП до операции — $(43,0 \pm 0,7)$ мм. У больных с автономной формой тиреотоксикоза восстановление синусового ритма произошло у 16,7%, длительность заболевания — $(5,5 \pm 0,8)$ лет, размер ЛП до операции — $(48,0 \pm 1,4)$ мм. Это может говорить о том, что при больших размерах ЛП на момент произведения операции восстановление синусового ритма при достижении эутиреоза маловероятно.

У 30 больных сохранялись жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Сердцебиения в состоянии покоя периодически отмечали 14 (28,0%) пациентов. При проведении контрольной ЭхоКГ у этих пациентов выявлено уменьшение среднего размера ЛП до $(40,3 \pm 0,6)$ мм [до операции — $(41,6 \pm 0,7)$ мм]. У 16 пациентов отмечались нарушения ритма сердца. У 7 (14%) пациентов сохранялась пароксизмальная форма МА (2 больных — в группе с аутоиммунным тиреотоксикозом, 5 — с автономной), однако, частота пароксизмов значительно уменьшилась, что подтверждено данными СМЭКГ. Это свидетельствовало об обратной динамике патологических изменений в миокарде и проводящей системе сердца. По данным ЭхоКГ, у этих больных средний размер ЛП уменьшился до $(42,6 \pm 0,7)$ мм [до операции — $(44,7 \pm 0,7)$ мм]. Различия статистически достоверно.

У 9 (18,0%) из 50 обследованных больных, страдавших постоянной формой МА, после операции она сохраняется. Однако отмечено уменьшение частоты сердечных сокращений, что также подтверждено при помощи СМЭКГ. У этих пациентов уменьшение среднего размера ЛП было незначительным [с $(48,6 \pm 0,9)$ мм до $(46,2 \pm 0,8)$ мм]. Восстановление синусового ритма после операции у больных с постоянной формой МА не наблюдалось.

На основании анализа полученных нами данных, можно предположить, что у больных с аутоиммунной формой тиреотоксикоза, страдающих пароксизмальной формой МА, возможно восстановление синусового ритма после хирургического лечения в 41,7% наблюдений. Наиболее часто данный факт был отмечен у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет и размерами левого предсердия до 43,0 мм. При автономной форме восстановления синусового ритма наблюдалось, если этот показатель не превышал 48,0 мм. При размере ЛП более указанных значений восстановление синусового ритма после достижения эутиреоидного состояния маловероятно. Помимо этого, у всех пациентов с МА после

достижения эутиреоидного состояния отмечаются сокращение количества пароксизмов и снижение ЧСС, что говорит о целесообразности проведения хирургического лечения с целью улучшения сократительной функции сердца.

При нормальных размерах ЛП, которые сохранялись в течение 1,5 лет от начала консервативного лечения, при обеих формах тиреотоксикоза вероятность возникновения МА значительно уменьшалась. Следовательно, длительность консервативной терапии не должна превышать этот срок.

Выводы. 1. Наиболее агрессивное течение тиреотоксикоза отмечено у больных пожилого возраста, страдающих аутоиммунной формой тиреотоксикоза.

2. Дополнительным показанием к хирургическому лечению больных тиреотоксикозом, осложненным МА, являются размеры левого предсердия.

3. Длительность консервативной терапии у больных тиреотоксикозом не должна превышать 1,5 года.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Вайчулис И.А. Структурно-функциональные особенности поражения сердца при токсическом зобе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Челябинск, 2001. — 15 с.
2. Левина Л.И. Сердце при эндокринных заболеваниях. — Л.: Медицина, 1989. — 63 с.
3. Петунина Н.А. Особенности диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы у пожилых пациентов // Пробл. эндокринологии. — 2008. — № 3. — С. 36–42.
4. Diez J. Hyperthyroidism in patients older than 55 years: An analysis of the etiology and management // Gerontolog. — 2003. — Vol. 49. — P. 316–323.
5. Frost L., Vestergaard P., Mosekilde L. Hyperthyroidism and risk of atrial fibrillation or flutter: a population-based study // Arch. Intern. Med. — 2004. — Vol. 164. — P. 1675–1678.
6. Maugeri D., Russo S.M., Carnazzo G. et al. Altered laboratory thyroid parameters indicating hyperthyroidism in elderly subjects // Arch. Gerontol. Geriatr. — 1996. — Vol. 22. — P. 145–153.

Поступила в редакцию 11.02.2009 г.

A.F.Romanchishen, A.S.Kuzmichev, S.B.Klimshin

SPECIFIC CLINICAL COURSE OF THYROTOXICOSIS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS

Age is one of the most significant risk factors of the development of diseases of the thyroid gland. Hyperthyroidism is much more difficult for diagnosing in elderly patients since its symptoms might be rubbed off and somewhat atypical. Rather often the cardiac symptoms in elderly and senile patients are brought to the forefront when there are no other external manifestations of the disease. One of the most difficult questions in decision on the strategy of treatment of toxic goiter in elderly people having thyrotoxicosis is the question of indications to surgery. The article describes clinical symptoms and exact indications to surgical treatment in elderly people with thyrotoxicosis and assesses long-term results.