

Франк Г.Я., Литвинова Г.Л., Белоус Т.А., Пугачев К.К. // Архив патологии. — 1997. — Т. 59. № 2. — С. 22—27.

4. Медицинские последствия воздействия радиации. / Океанов А.Е., Жаков И.Г., Якимович Г.В. и др. // Медико-биологические аспек-

ты аварии на Чернобыльской АЭС. — Аналитико-информационный бюллетень. — 1995. — № 2—3. — С. 78—98.

5. Франк Г.Я., Пугачев К.К. / Антигенные маркеры рака и предрака желудка. // Архив патологии. — 1990. — Т. 52., — № 3. — С. 72—75.

Поступила 27.10.2004

УДК 616-084: 512.014.482

## ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ КАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Г. Савастеева, А.В. Макаρχик, С.М. Береснева, К.В. Бронская, Е.З. Янукович

Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека

В настоящей статье освещены вопросы качества ведения больных, оперированных по поводу карциномы щитовидной железы. Рассмотрены вопросы степени медикаментозной супрессии ТSH в различные годы после оперативного лечения, а также состояние фосфорно-кальциевого обмена и степень его коррекции.

Ключевые слова: карцинома щитовидной железы, онкобольные, онкопатология, реабилитация, медикаментозная супрессия ТSH, обмен кальция, гипопаратироз.

## THE PROBLEM IN THE REABILITATION OF PATIENTS, OPERATED BY THYROID CARCINOMA

I.G. Savasteeva, A.V. Makarchic, S.M. Beresneva, K.V. Bronskaya, E.Z. Yanucovich.

Republican Research Centre of Radiation Medicine and Human Ecology

In this article are discussed questions of quality of postoperative conducting patients, concerning thyroid carcinoma. Questions of a TSH medicaments suppression in various years after operative treatment, and also a Phosphorus and Calcium condition and degree of it correction was discussed.

Key words: carcinoma of the thyroid gland, oncological pathology, rehabilitation, medicaments suppression TSH, calcium metabolism, hypoparathyrosis.

По данным литературы, общая выживаемость пациентов, получающих систематизированное современное лечение по поводу карциномы щитовидной железы, составляет 90% [1]. Для подгруппы наиболее часто встречающегося папиллярного рака щитовидной железы эта цифра достигает 99% [1, 2]. Данная гистологическая форма рака доминирует в структуре заболеваемости, и актуальность полноценного возвращения больного в общество является очевидной.

Программа реабилитации онкобольных включает медицинские, профессио-

нальные и социальные аспекты. Она должна начинаться с момента установления диагноза и продолжаться в послеоперационном периоде. Медицинская реабилитация включает в себя диспансерное наблюдение с применением всех необходимых исследований, лечение левотироксина, диагностику и лечение гипопаратироза [3]. Необходимо также лечение сопутствующей патологии с включением необходимых симптоматических средств, курсы восстановительного лечения в условиях специализированного отделения реабилитации 1—2 раза в год [4].

Физические методы реабилитации предусматривают адекватную физическую нагрузку, немедикаментозные методы лечения, такие как иглорефлексотерапия, точечный массаж. Реабилитацию необходимо проводить под контролем врача-реабилитолога и эндокринолога. Постоянное лечение и обследование, приём препаратов приводят к стрессу, депрессии, астеническим состояниям у больных, поэтому им требуется также психологическая реабилитация. Она должна проводиться врачом-психотерапевтом, психологом и быть направлена на коррекцию невротоподобных состояний, на формирование адекватного отношения к болезни, профессиональной деятельности, семейной жизни. Профессиональная реабилитация включает ориентацию в смежные профессии с использованием профессиональных навыков, опыта и знаний, рациональное трудоустройство в профессиях с легкой и средней физической нагрузкой [4].

Социальная реабилитация заключается в предоставлении услуг центрами социального обслуживания одиноким нетрудоспособным инвалидам, обеспечении инва-

лидов III и II группы медикаментами по сниженной стоимости, созданию ассоциаций прооперированных онкобольных. Санитарно-просветительная работа проводится для создания мотивации к регулярному лечению и обследованию.

Заболееваемость карциномой щитовидной железы в Гомельской области за 2002 год составляет 13,5 на 100 тысяч населения. На диспансерном учёте в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере состоит 2048 человек, прооперированных по поводу карциномы щитовидной железы.

Нами проведен анализ 266 карт диспансерного наблюдения больных, оперированных по поводу карциномы щитовидной железы, проживающих в Гомеле и Гомельской области. Больные наблюдаются в двух медицинских учреждениях: Республиканском научно-практическом центре радиационной медицины и экологии человека (РНПЦ РМ и ЭЧ) и Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере. В табл.1 представлены возрастные характеристики обследованных.

Таблица 1

**Возрастные характеристики больных, перенесших операцию по поводу карциномы щитовидной железы**

Пол	Кол-во обследованных	Возраст на момент обследования	Возраст на момент операции	Возраст на момент аварии на Чернобыльской АЭС
♂	93	19,95±0,24	13,15±0,37	2,95±2,70
♀	173	19,70± 0,22	12,96±0,31	2,70±0,22

Распространенность рака щитовидной железы по системе TNM представлена в табл. 2.

Таблица 2

**Распространенность рака щитовидной железы по системе TNM**

	T <sub>4</sub>		T <sub>3</sub>		T <sub>2</sub>		T <sub>1</sub>		N <sub>1</sub>		N <sub>0</sub>		M <sub>1</sub>		M <sub>0</sub>	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Количество больных	18	31	0	3	17	32	19	36	41	71	14	32	0	1	53	101

Тотальная тиреоидэктомия была выполнена в 69,9% случаев, гемитиреоидэктомия — 30,1%. Двукратное оперативное вмешательство было проведено в 13,0% случаев, трехкратное — в 2,7% случаев. Среди гистологических форм преобладает папиллярный рак (94,8%). Послеоперационные осложнения имеют 15,8% прооперированных. У 101 человека послеоперационное лечение было

дополнено радийотерапией. Количество курсов зависело от распространенности процесса и колебалось от 1 курса у 5 человек с pT<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> до 10 курсов у одного человека, имеющего метастазы в лёгкие.

Для оценки качества супрессивной терапии проводился анализ лабораторных показателей. Данные об уровне медикаментозной супрессии представлены в табл. 3.

Таблица 3

**Процент больных, имеющих достаточную супрессию тиростимулирующего гормона (TSH) и уровень тироглобулина (TG) менее 1 нг/мл после оперативного вмешательства**

Время, прошедшее после операции	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	8 лет	9 лет	10 лет
TSH<0,3мкЕ/мл	59,3	26,1	42,7	50,0	42,2	51,6	32,7	48,0	52,9	12,5
TG<1 нг/мл	23,5	21,2	15,4	20,5	8,0	11,8	21,6	23,5	0	0

Из таблицы 3 видно, что достаточную супрессию (TSH<0,3 мкЕ/мл) имеют не больше 60% прооперированных. Для оценки качества послеоперационного ле-

чения мы рассчитали отношение дозы левотироксина к весу больного. Результаты анализа данного показателя представлены в табл. 4.

Таблица 4

**Отношение дозы левотироксина к весу больных, имеющих достаточную и недостаточную супрессию TSH, после оперативного лечения**

Время, прошедшее после оперативного лечения	Отношение дозы левотироксина к весу	
	TSH<0,3мкЕ/мл	TSH>0,3мкЕ/мл
1 год	2,78±0,17	2,65±0,09
2 года	2,04±0,17	2,57±0,15
3 года	2,19±0,16	2,29±0,17
4 года	2,51±0,17	2,54±0,19
5 лет	2,38±0,20	2,77±0,19
6 лет	2,74±0,18	2,61±0,19
7 лет	2,98±0,07	2,83±0,28
8 лет	2,71±0,28	2,88±0,12
9 лет	2,36±0,52	3,26±0,08
10 лет	3,27±0,13	—

Достоверных различий данного показателя у лиц с достаточной и недостаточной супрессией TSH получено не было. В 6% случаев отмечено нарушение схемы приёма левотироксина, 4,5% больных отказываются от приёма препаратов тироидных гормонов и не являются на осмотр к врачу.

В результате осмотров выявлено, что

клинические проявления гипопаратироза имеют 2,7% больных. Анализ карт диспансерного наблюдения показал, что метаболические признаки нарушения фосфорно-кальциевого обмена имеются у 20% прооперированных (см. табл. 5), которые получают в основном не эффективные для коррекции препараты: глюконат кальция и витамин Д<sub>2</sub>.

Таблица 5

**Удельный вес прооперированных больных, имеющих нарушение фосфорно-кальциевого обмена**

Время, прошедшее после операции	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	8 лет	9 лет
Ca<2,0ммоль/л	19,5	21,3	19,6	14,0	16,9	24,1	25,0	20,0	26,7
P>1,5 ммоль/л	22,9	25,8	20,5	22,2	18,8	16,3	13,8	17,8	18,2

**Выводы**

1. В 40% случаев больные, прооперированные по поводу карциномы щитовидной железы не имеют достаточной супрессии TSH.

2. Назначенные дозы левотироксина у больных, имеющих достаточную и недостаточную супрессию TSH, достоверно не отличаются.

3. Удельный вес больных, нарушающих схему приема левотироксина, меньше, чем удельный вес больных, имеющих недостаточную супрессию TSH. Данные различия могут быть обусловлены не только нарушением схемы приёма левотироксина, но и различной чувствительностью больных к данному препарату, что требует более углубленного изучения.

4. Больные, прооперированные по поводу карциномы щитовидной железы, нуждаются в длительном наблюдении психолога и психотерапевта для создания мотивации к лечению.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Бронштейн М.Э.* Рак щитовидной железы // Проблемы эндокринологии.— 1997.— № 6. — С 33—37.

2. *Демидчик Е.П., Цыб А.Ф., Лушников Е.Ф. и др.* Рак щитовидной железы у детей [Последствия аварии на ЧАЭС]. — М.: Медицина, — 1996. — 208 с.

3. *Дрозд В.М. и др.* Медицинская реабилитация детей с карциномой щитовидной железы: Метод. рекомендации. — Минск, 1998. — 23 с.

4. *Общая онкология: Руководство для врачей / Под ред. Н.П. Напалкова.* — Л.: Медицина, — 1989. — 648 с.

*Поступила 12.04.2004*

**УДК 616.24-002.5-036.87-02**

**РЕЦИДИВЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ФАКТОРЫ,  
СПОСОБСТВУЮЩИЕ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЮ**

**А.А. Холявкин**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Изучены клинико-рентгенологическая характеристика, причины возникновения и эффективность лечения 1115 больных с рецидивами туберкулеза органов дыхания. У большинства больных наблюдались распространенные формы туберкулеза, часто с деструкцией и бактериовыделением. Наиболее частыми причинами реактивации специфического процесса являлись хронический алкоголизм, остаточные изменения в легких, сопутствующие заболевания. Эффективность лечения рецидивов туберкулеза органов дыхания значительно ниже эффективности впервые выявленных больных.

Ключевые слова: туберкулез легких, рецидивы, факторы риска, частота.

**RELAPSES OF A TUBERCULOSIS EASY AND FACTORS  
PROMOTING THEIR OCCURRENCE**

**A.A. Khalyavkin**

**Gomel State Medical University**

The reasons of occurrence and efficiency of treatment 1115 patients with relapses of a tuberculosis of bodies of breath are investigated clinicoroentgenologic the characteristic. At the majority of the patients the widespread forms of a tuberculosis, frequently with destruction and bacterium allocation were observed. The most often reasons relapses of specific process were chronic alcoholism, the residual changes in easy, accompanying diseases, the efficiency of treatment of relapses of a tuberculosis of bodies of breath is much lower than efficiency for the first time of revealed patients.

Key words: pulmonary tuberculosis, relapses, risk factors, frequency.