



гигиенический. Практические мероприятия данного уровня соответствуют положению концепции «Гигиеническое воспитание и обучение» и выражаются как система образования, включающая в себя комплексную просветительную, обучающую и воспитательскую деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам охраны здоровья, на формирование культуры здорового образа жизни, а также закрепления ги-

гиенических навыков, обеспечивающих оптимальные условия жизнедеятельности.

Военные врачи не должны недооценивать опасность избыточного употребления алкоголя и занимать по этому вопросу позицию, близкую к дружественному нейтралитету. Кроме того, задача каждого военного врача не только разъяснять опасность употребления больших доз алкоголя, но и убеждать в этом пока еще здоровых военнослужащих.

Литература

1. Белякин С.А., Бобров А.Н., Плюснин С.В. и др. Алкоголь — ведущий этиологический фактор циррозов печени с неблагоприятным исходом // Вестн. Российской военно-медицинской академии. — 2009. — № 2. — С. 29–33.
2. Бобров А.Н., Павлов А.И., Плюснин С.В. и др. Этиологический профиль циррозов печени с летальным исходом у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2006. — № 2. — С. 19–24.
3. Демографическая политика России: от размышлений к действию. Редакционная

статья // Вестн. Московского терапевтического общества. — 2008. — № 10. — С. 3.

4. Фисун А.Я., Белякин С.А., Бобров А.Н. и др. Причины циррозов печени и их исходы у больных, наблюдавшихся в многопрофильном госпитале // Воен.-мед. журн. — 2009. — Т. 330, № 4. — С. 17–23.
5. Хазанов А.И. Итоги длительного изучения (1946–2005 гг.) этиологии циррозов печени у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2006. — № 2. — С. 11–19.
6. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Белякин С.А. и др. Алкогольная болезнь печени. — 2008. — 318 с.

© В.М.СКОРОБОГАТОВ, 2009
УДК 616.441-006-089

Оптимизация хирургической тактики при узловых образованиях щитовидной железы

СКОРОБОГАТОВ В.М., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

2-й Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыки, Москва

Skorobogatov V.M. — Optimization of surgical tactics in conditions of knot lumps of thyroid gland. There was effectuated an analyze of results of treatment of 1006 patients with different knot lumps of thyroid gland, operated in surgical departments of the 2nd CMCH by Mandryka P.V. for the period 1990–2007. Using of organ-saving operations is caused by necessity of maximum decreasing of after-operation complications and by necessity of saving of presecretion-producing function of thyroid gland. The substantiation of operation in volume of exsection with deleting of knot in the limit of healthy tissue is the results of analyze of anatomical structure not only of knot lump, but also of tissue of thyroid gland, beds to it: devascularization with appearance of fibroid changers was marked in 69,7%, dystrophic processes with thyroadenitis — in 38,8% of examinations. Analyze of repeated operations brought to light, that in pathogenesis of development of backset the main role is played by etiology and anatomical structure of knot lump, but not the volume of effectuated operation. Using of organ-saving operations and accounting of endocrinological aspects permitted to heal 89,3% of patients.

К е y w o r d s: thyroid gland, bronchocele, adenoma, carcinoma, thyroadenitis, surgical treatment.

Выбор лечебной тактики при узловых образованиях щитовидной железы (ЩЖ), несмотря на кажущуюся простоту, является одной из сложных задач и даже при определенных нозологических формах неоднозначен.

Нерешенность проблемы ранней дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований ЩЖ, отсутствие точной методики дооперационной морфологической верификации диагноза привели к тому, что



Таблица 1

Распределение больных по морфологическому типу узловых эутиреоидных образований ЩЖ, абс. число

Пол	Морфологический тип				Итого
	Зоб	Аденома	Рак	Тиреоидит	
Мужчины	117	61	34	14	226
Женщины	396	214	74	96	780
Всего...	513	275	108	110	1006

значительная часть исследователей рассматривает необходимость операции при узловом зобе с онкологических позиций, считая показанием к хирургическому лечению невозможность с абсолютной уверенностью на этапе обследования исключить рак ЩЖ.

Основу исследования составил опыт хирургического лечения 1006 больных, 226 (22,5%) мужчин и 780 (77,5%) женщин, с различными узловыми образованиями ЩЖ, в т. ч. и раком ЩЖ, оперированных во 2 ЦВКГ им. П.В.Мандрыки в 1990–2007 гг. (табл. 1).

Ближкие по значению показатели частоты обнаружения раковой опухоли в узловых образованиях ЩЖ у 34 (3,4%) мужчин и 74 (7,4%) женщин не подтверждают мнение о значительном преобладании рака ЩЖ у женщин.

В клинической практике решение вопросов хирургической тактики и планирование объема оперативного вмешательства зависит от возможностей дооперационного определения клеточной структуры узлового образования ЩЖ. Тем не менее показанием к хирургическому лечению считали все узловые новообразования ЩЖ размером более и менее 1 см при выявлении цитологическим методом раковых клеток или подозрительных клеток, полученных при исследовании материала *тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии* (ТАПБ), а также при невозможности исключить злокачественный характер узлового образования ЩЖ иными методами.

Пациентам с узловыми образованиями ЩЖ диаметром менее 1 см при отсутствии прямых или косвенных признаков злокачественной опухоли хирургическое лечение не проводили. Их выде-

ляли в отдельную группу, в которой под наблюдением эндокринолога проводились гормонотерапия и динамическое наблюдение с помощью УЗИ и ТАПБ не реже одного раза в год. Если, несмотря на супрессивную терапию, отмечался рост узлов в ЩЖ, больных переводили в группу онкологического риска и направляли в стационар для хирургического лечения.

Являясь сторонниками органосохраняющих операций, оптимальной по объему при одноузловом коллоидном эутиреоидном зобе мы считаем операцию, выполняемую на протяжении всего исследуемого периода, – резекцию ЩЖ с удалением измененной зобогенной ткани.

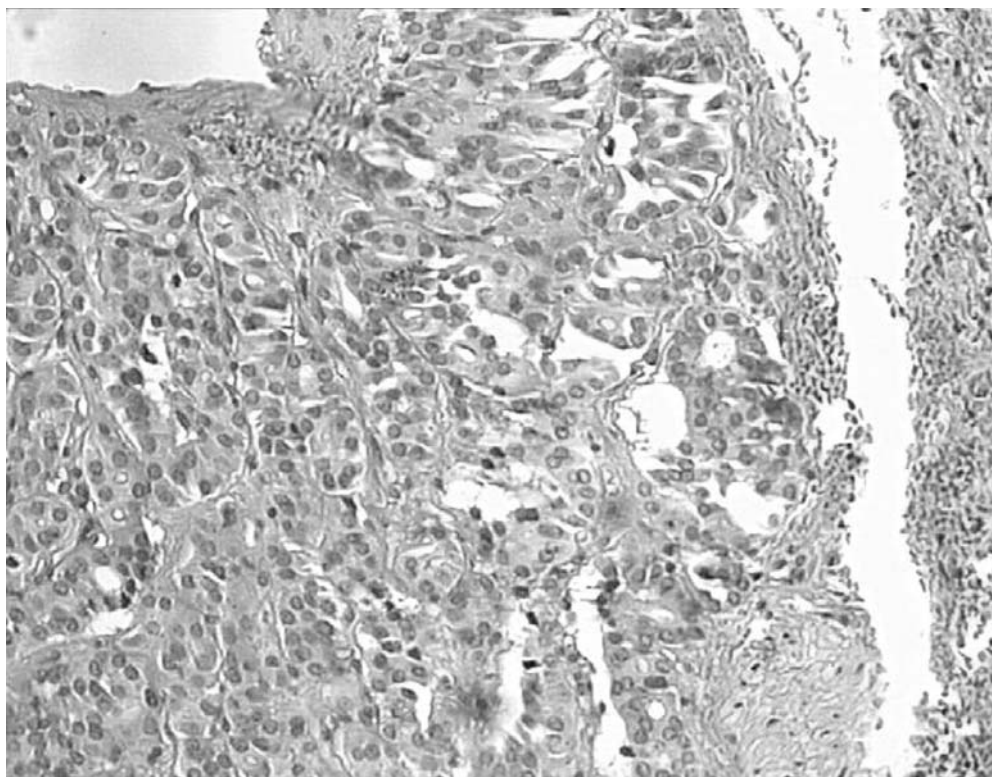
Обязательным условием считали выполнение срочного гистологического исследования и верификации диагноза сразу после удаления узла до завершения операции. При обнаружении раковой опухоли расширяли объем вмешательств с соблюдением онкологических принципов. При расположении узлов в одной доле объем операций мало отличался от таковых при одиночном узле. Гемитиреоидэктомия выполнялась вынужденно только при многоузловом поражении и отсутствии возможности сохранения неизменной ткани ЩЖ. При многоузловом поражении обеих долей ЩЖ решалась двоякая задача: удаление узловых образований при максимально возможном сохранении неизменной ткани ЩЖ, обеспечивающее наименьшее повреждение гормонопродуцирующей функции. Весь спектр операций от резекции до тиреоидэктомии проводили только экстрафасциально (табл. 2).



Таблица 2

Оперативные вмешательства при различных клинко-морфологических формах многоузлового (одноузлового) коллоидного зоба

Операции	Мононодозные		Полинодозные		Итого	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Субтотальная резекция ЩЖ	12	5,8	120	39,3	132	25,7
Субтотальная резекция доли ЩЖ	70	33,6	—	—	70	13,6
Резекция, избирательная резекция	41	19,7	57	18,7	98	19,1
Гемитиреоидэктомия	38	18,3	—	—	38	7,4
Субтотальная резекция одной доли с резекцией другой	26	12,5	75	24,6	101	19,7
Гемитиреоидэктомия с резекцией другой доли	13	6,3	31	10,2	44	8,6
Тиреоидэктомия	8	3,8	22	7,2	30	5,8
В с е г о . . .	208	100	305	100	513	100



Больная А., 42 лет. Аденома с гиалинозом. Очаговые кровоизлияния в строме опухоли, дистрофические изменения нервного мякотного волокна. Окраска гематоксилином-эозином. Увеличение $\times 600$



Таблица 3

Объем оперативного вмешательства при аденомах ЩЖ

Объем операции	Абс. число	%
Гемитиреоидэктомия	75	27,27
Гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка	120	43,65
Гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка и медиальной части противоположной доли	39	14,18
Субтотальная резекция ЩЖ	41	14,90
Всего...	275	100

Немаловажным фактором патогенетического обоснования применяемого нами объема операций при доброкачественных узловых образованиях ЩЖ (резекция железы с удалением узла) являются результаты исследования ткани ЩЖ, окружающей удаленные новообразования. В 69,7% наблюдений паренхима ЩЖ, прилегающая к узловому образованию размером более 1 см, имела признаки дегенеративных изменений в виде атрофии ткани ЩЖ вследствие сдавления неизменной ткани, возникающего при росте узла с нарушением кровоснабжения, и образования фиброзных изменений. Развитие дистрофических процессов, локализующихся по периферии узлового образования, имело различную степень выраженности (см. рисунок), а в 38,8% наблюдений сочеталось с проявлениями аутоиммунного тиреоидита.

Обнаружена прямая зависимость имеющихся изменений от размера узлового образования. Так, при исследовании ткани, прилежащей к стенке узла размером более 2 см, дегенеративные изменения с перестройкой сосудистого русла и развитием дистрофических изменений, лимфоидной инфильтрацией встречались в 100% наблюдений. Иногда в ткани ЩЖ, прилежащей к узловому образованию, наблюдали очаги пролиферации различной степени выраженности, что часто затрудняло морфологическую диагностику и исключение злокачественной опухоли.

Таким образом, нормальное восстановление функции ЩЖ может обеспечить удаление не только узла, вызывающего сдавление паренхимы железы, но и измененной окружающей ткани, т. е. резекция ЩЖ в пределах здоровой ткани.

При подтверждении с помощью ТАПБ диагноза фолликулярной аденомы больным показано удаление пораженной доли с перешейком ЩЖ, а не резекция пораженной доли и тем более экономная резекция (табл. 3).

Такая тактика исключает необходимость более рискованной повторной операции при получении результатов планового гистологического исследования, благодаря чему удастся свести до минимума число возможных осложнений (повреждение гортанных возвратных нервов, парашитовидных желез, трахеи, крупных сосудов), исключить отрицательное влияние повторного общего обезболивания и неизбежную психическую травму пациента.

Обязательным условием мы считали выполнение срочного гистологического исследования и при необходимости – расширение объема операции с соблюдением онкологических принципов.

Среди 1006 операций на ЩЖ вмешательства по поводу рака составили 108 (10,7%) наблюдений. Они явились основой для детального изучения эффективности диагностических мероприятий, морфологических особенностей, их влияния на хирургическую тактику и объем операций, а также оценки послеоперационных осложнений и отдаленных результатов как одного из критериев адекватности хирургического лечения.

Анализируя связь рака с другими заболеваниями ЩЖ, необходимо отметить, что около 34,3% больных раком ЩЖ имели изолированные поражения – солитарное злокачественное образование, которое не сопровождалось какой-либо иной патологией ЩЖ (табл. 4).



Таблица 4

Сочетание различных видов узлового зоба и рака ЩЖ

Формы сочетания	Абс. число	%
Рак и узловой зоб в одной доле	14	12,96
Рак и полинодозный зоб в обеих долях	16	14,81
Рак и аденома ЩЖ	15	13,89
Рак и «очаговая» форма хронического тиреоидита	26	24,07
Изолированный рак	37	34,27
Всего...	108	100

В исследуемой группе мужчин было 29, женщин 79, соотношение 1:2,7. Пик заболеваемости приходился на возраст 41–60 лет (56,7% от всех больных).

До последнего времени при хирургическом лечении рака ЩЖ превалировали расширенные по объему операции. Учитывая особенности данной патологии, длительное и часто благоприятное течение, за последние 10 лет мы отдаем предпочтение органосохраняющим, функционально щадящим операциям (табл. 5).

Не являясь сторонниками «сверхрадикальных» операций, вмешательство при раке ЩЖ мы выполняли, руководствуясь онкологическими признаками, принимая во внимание, что операция проводится на важном эндокринном органе. При всех формах дифференцированного рака при отсутствии регионарного метастазирования выполняли гемитиреоидэктомию с удалением перешейка железы. При расположении опухоли в области перешейка операцию дополняли резекцией контралатеральной доли. Тотальную тиреоидэктомию осуществляли при опухолевом процессе в обеих долях ЩЖ. Наличие регионарных метастазов являлось показанием к расширенной операции

с фасциально-футлярным иссечением клетчатки и удалением пораженных лимфатических узлов.

Показанием к органосохраняющим операциям считали дифференцированный рак ЩЖ. При низкодифференцированном раке вмешательство расширяли до тиреоидэктомии. Регионарная лимфоаденэктомия в профилактических целях не проводилась. Летальных исходов после операции не было. Все больные, которым выполнены радикальные операции за 10 лет, живы.

Приведенные исследования свидетельствуют о допустимости выполнения органосохраняющих операций при дифференцированном раке ЩЖ — сохранении непораженной контралатеральной доли при односторонней локализации рака, а наличие микрофокусов рака не может служить основанием к удалению непораженной доли в профилактических целях.

Таким образом, узловые образования ЩЖ на фоне аутоиммунного тиреоидита служат абсолютными показаниями для оперативного лечения. Объем хирургического вмешательства должен основываться на клинико-морфологическом характере узлового образования.

Таблица 5

Объем оперативного вмешательства при раковых опухолях ЩЖ

Операция	Абс. число	%
Гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка	39	36,11
Тиреоидэктомия	40	37,04
Субтотальная резекция ЩЖ	29	26,85
Всего...	108	100



Интраоперационная экспресс-биопсия — обязательное условие при операциях по поводу любого узлового образования ЩЖ. Она позволяет в 98,2% случаев установить диагноз, совпадающий с плановым гистологическим исследованием, а также является завершающим этапом диагностического скрининга и часто определяющим условием в решении вопроса об объеме оперативного вмешательства.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения позволяет реко-

мендовать выполнение органосохраняющих, функционально щадящих операций при дифференцированном раке ЩЖ — сохранение непораженной контралатеральной доли, т. е. операции в объеме гемитиреоидэктомии с удалением перешейка. Оперативное вмешательство в объеме тиреоидэктомии следует считать вынужденной мерой при локализации рака в обеих долях щитовидной железы или недифференцированном раке. Регионарная лимфоаденэктомия в профилактических целях не улучшает результатов лечения.

© О.Е. ХАРАХОРДИН, 2009

УДК [616.5-002.828-092:612.017.1]-057.36

Особенности течения кандидозов у пациентов с иммунодефицитом

ХАРАХОРДИН О.Е., полковник медицинской службы

5-й Центральный военный клинический госпиталь Военно-Воздушных Сил, г. Красногорск, Московская область

Kharakhordin O.E. — About peculiarities of course of candidiasis by the patients with immunodeficiency. The article suggests the observed phylactic and non-phylactic mechanisms of defense from mycotic infection, primary and secondary immunodeficiency (ID) and causes of appearance. There were analyzed different forms of course of candidiasis, were given their specific manifestations by the patients with different ID. There were described allergic reactions in condition of candidiasis. There were found out peculiarities of course of mycosis by persons with ID: a system character of disease with combined damage of derma and hypoderm, of mucosa and viscera; predominance of opportunist mycosis; a mixed mycotic infection of frequent occurrence; deep-rooted, progressive, severe course of disease; existence of non-typical forms.

Key words: immunodeficiency, mycosis, candidiasis, clinical course.

Грибковые инфекции занимают важное место в структуре осложнений у иммунокомпрометированных больных. Особую тревогу у клиницистов вызывает рост оппортунистических системных микозов, которые обычно возникают на фоне основного заболевания, осложняя его течение. Ежегодно в мире насчитывается около 2 млн случаев системных микозов, смертность при этом составляет 0,1%. К классическим оппортунистическим системным микозам относятся: системный кандидоз, криптококкоз, аспергиллез, пенициллиоз, системный псевдоаллергический микоз, системный гистоплазмоз, системный феогифомикоз, зигомикоз. В нашей стране из перечисленных забо-

леваний часто встречаются кандидоз и аспергиллез, редко — пенициллиоз, зигомикоз, криптококкоз и некоторые другие микозы. В клинической микологии возбудителей системных микозов объединяют в различные группы на основе их клинико-морфологических признаков: 1) дрожжеподобные грибы — *Candida* spp., *Cryptococcus* spp., *Trichosporon* spp. и др.; 2) мицелиальные гиомицеты — *Aspergillus* spp., *Penicillium* spp., *Acremonium* spp., *Fusarium* spp., *Cladosporium* spp., *Cunninghamella* spp. и др.; 3) мицелиальные зигомицеты — *Mucor* spp., *Absidia* spp., *Rhizopus* spp. и др.; 4) диморфные грибы — *Sporothrix schenckii*, *Penicillium marneffeii*, *Blastomyces dermatitidis* и др.