

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2 ГОРОДА
КРАСНОДАРА В ВЫЯВЛЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В ГОРОДЕ КРАСНОДАРЕ И КРАСНОДАРСКОМ
КРАЕ**

**THE ANALYSIS OF ACTIVITY OF
ENDOCRINOLOGY CENTRE OF CITY
HOSPITAL № 2 IN DIAGNOSTICS AND
TREATMENT OF THE THYROID GLAND
DISEASES IN KRASNODAR AND
KRASNODAR KRAI**

Кудлай Инна Степановна – к.м.н.

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Kudlai Inna Stepanovna – MD

*City Hospital № 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Капцова Людмила Адольфовна

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Kaptsova Ludmila Adol'fovna

*City Hospital № 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Кижватов Сергей Игоревич – к. м.н.

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Kizhvatov Sergei Igorevich – MD

*City Hospital № 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Рябченко Евгений Викторович – к.м.н.

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Ryabchenko Evgenii Viktorovich – MD

*City Hospital № 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Кудинов Михаил Николаевич

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Kudinov Mikhail Nikolaevich

*City Hospital № 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Зенцова Ольга Андреевна – к.б.н.

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Zentsova Ol'ga Andreevna – MD

*City Hospital № 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

В статье обобщены данные по выявлению и лечению пациентов с патологией щитовидной железы в эндокринологическом центре МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО».

The article summarized data of revealing and treatment of patients with thyroid pathology in endocrinology centre City Hospital № 2.

Ключевые слова: УЗЛОВОЙ ЗОБ, РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Key words: NODULAR GOITER, THYROID CANCER, DIAGNOSTICS, TREATMENT.

Йоддефицитные заболевания относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека. По данным ВОЗ, около двух миллиардов жителей Земли живут в условиях йодного дефицита, приводящего к развитию таких заболеваний, как эндемический зоб, гипотиреоз, умственная и физическая отсталость [1, 4, 5, 7, 8]. Практически на всей территории России имеет место более или менее выраженный дефицит йода. Наиболее широко дефицит йода и эндемический зоб распространены в предгорных и горных местностях, в том числе и на Северном Кавказе [3, 6, 7, 8]. В Краснодарском крае из 47 административных территорий 3 относятся к районам с тяжелой степенью дефицита йода, 18 – со средней и 26 – с легкой степенью йодного дефицита [2].

Данная ситуация усугубляется высоким уровнем антропогенной нагрузки в виде загрязнения окружающей среды (использование в качестве строительных материалы, содержащие радон-222: кирпич, глина, керамзит, мраморные известняки; наличие предприятий, использующих источники ионизирующего излучения) [1, 4, 5].

Вклад в общую дозу облучения населения различных его источников в Краснодарском крае: естественные (природные) – 80,0 %, деятельность предприятий, использующих источники ионизирующего излучения – 0,02 %, глобальные выпадения и прошлые радиационные аварии – 1,3 %, медицинские вмешательства, включая йод-131, – 18,68 % [2].

В этих условиях очень серьезное значение приобретает проблема увеличения заболеваемости раком щитовидной железы. По данным исследований, в структуре онкологической заболеваемости Краснодарского края рак щитовидной железы находится на шестом (5,6 %), а среди женского населения – на третьем месте. За последние 10 лет в нашем регионе отмечено увеличение абсолютного числа больных с впервые выявленным раком щитовидной железы в шесть раз. Заболеваемость раком щитовидной железы за последние 15 лет выросла на 42 % и составила 17,8 на 100 тыс. населения (среднероссийский показатель – 5,9). В Краснодарском крае один из самых

высоких показателей смертности от злокачественных новообразований щитовидной железы, соответствующий 1,8 на 100 000 населения. Прирост смертности за последние 15 лет составил 54,6 % [2, 3].

В данных условиях особую значимость приобретает проблема своевременной диагностики и лечения новообразований щитовидной железы. На базе МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО г. Краснодара работают объединенные в единый центр отделения: эндокринологии, эндокринной хирургии, эндокринологический СКАЛ (отделение специализированного курсового амбулаторного лечения) и эндокринологи консультативного приема диагностического центра. Задачами центра являются оказание высокотехнологичной, специализированной лечебно-диагностической, консультативной и реабилитационной помощи населению со всеми видами эндокринной патологии в полном объеме, а также выполнение функции диспансерного наблюдения за пациентами со сложными заболеваниями эндокринной системы. С этой целью разработан регистр пациентов с опухолевыми заболеваниями щитовидной железы, внедренный в автоматизированное рабочее место врачей центра.

Центр работает в непосредственном контакте с узкоспециализированным отделением рентгенохирургических и ультразвуковых методов диагностики, имеющим штат обученных специалистов, выполняющих тонкоигольную биопсию щитовидной железы (ТАБ) под контролем ультразвуковых аппаратов высокой точности, что позволило повысить информативность получаемого материала на 11,1 %; неинформативные заключения в настоящее время составляют 10,4 %, что соответствует среднестатистическим показателям.

Цель исследования: проанализировать характер патологии щитовидной железы у жителей г. Краснодара и региона по данным обращаемости за лечебной помощью в эндокринологический центр.

Материал и методы. Анализу подвергнуты истории болезни 7177 амбулаторных и стационарных пациентов с патологией щитовидной железы,

находившихся на обследовании и лечении в период с 2008 по 2010 гг., из них в эндокринологическом отделении стационара получили лечебную помощь 552 (7,7 %) человека, в эндокринологическом центре СКАЛ – 4840 (67,4 %) , а в отделении эндокринной хирургии – 1785 (24,9 %) больных (рис. 1).

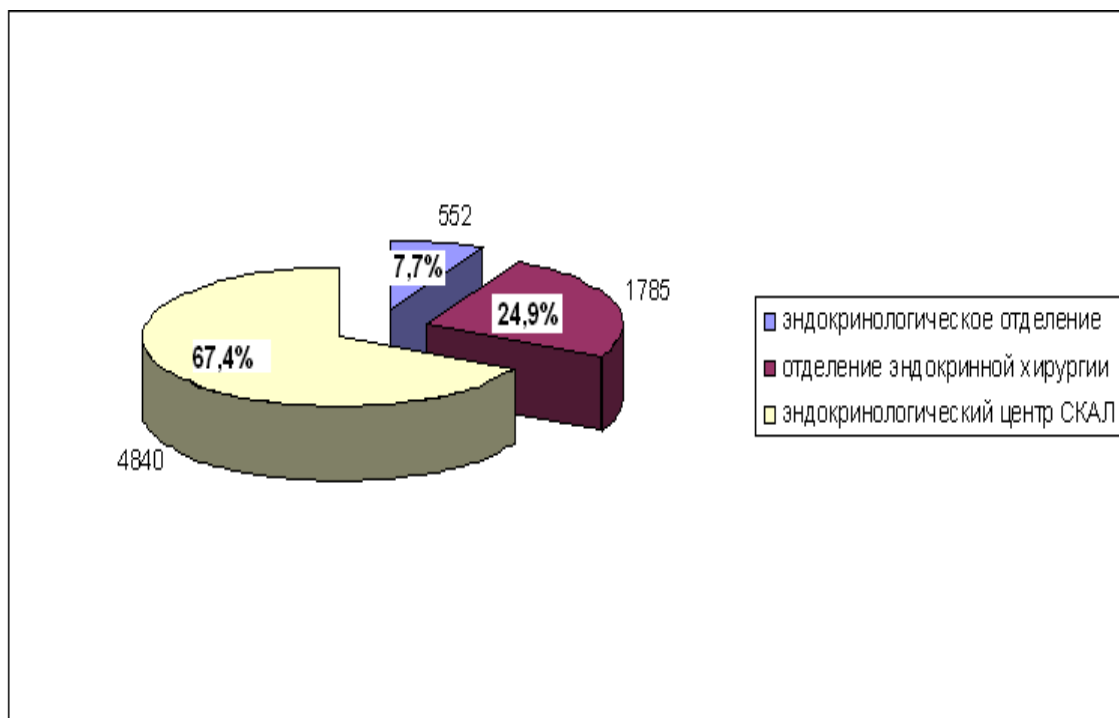
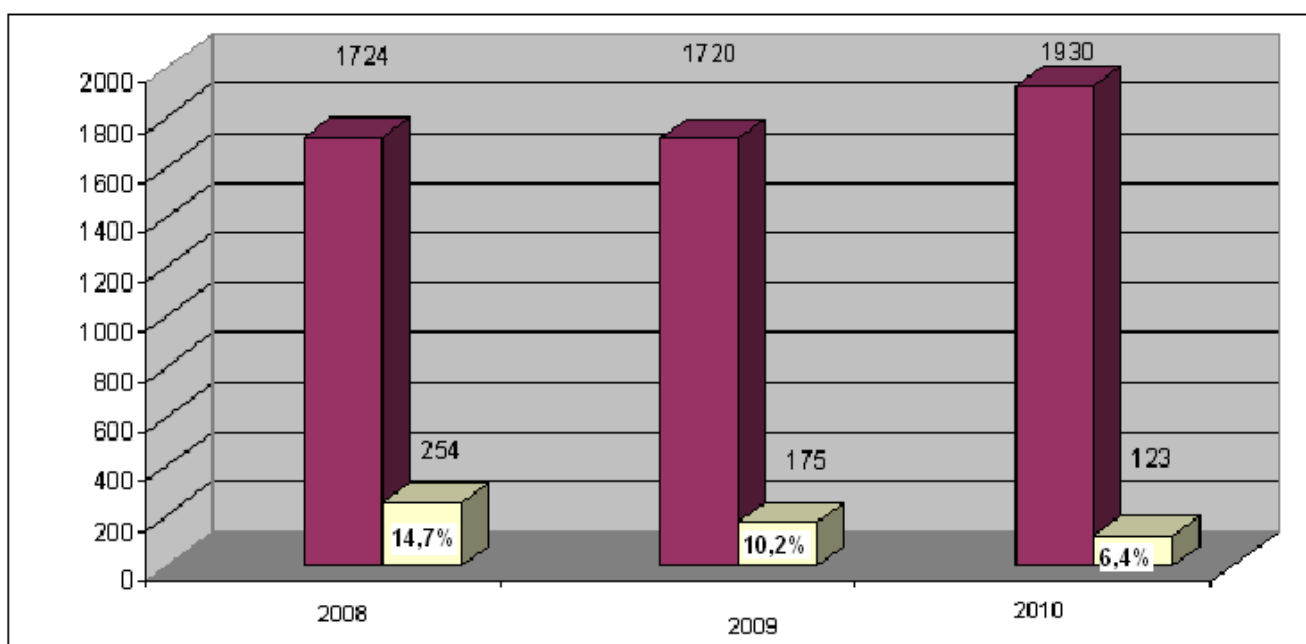


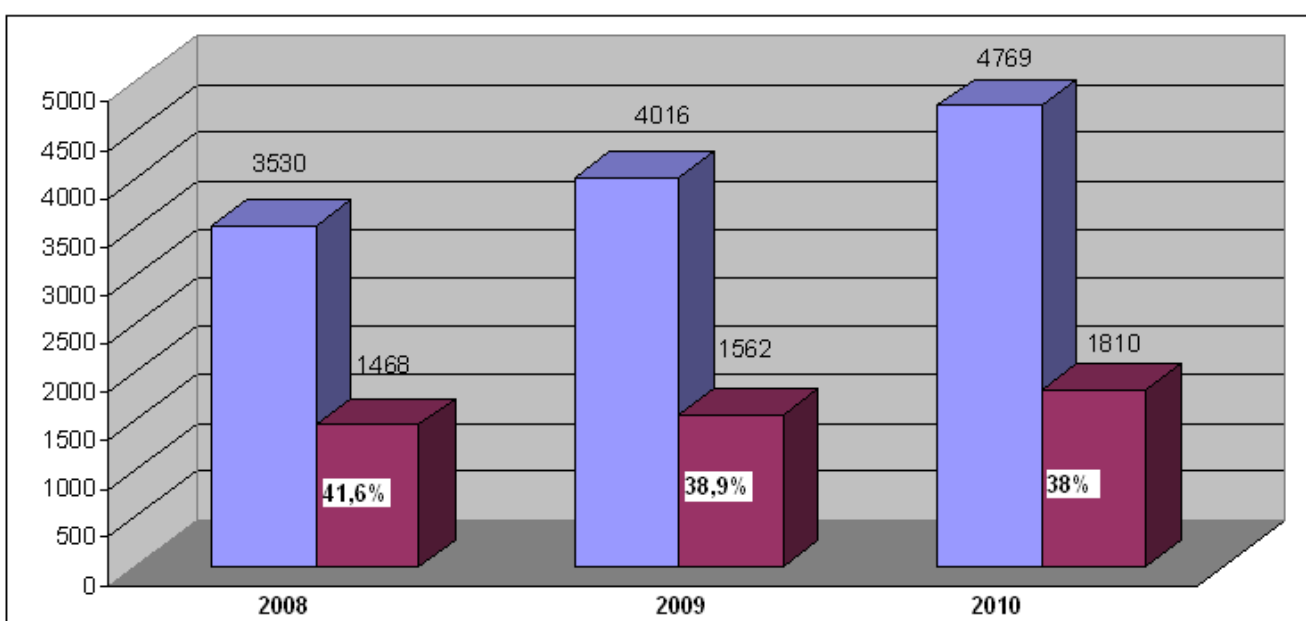
Рисунок 1. Распределение больных с патологией щитовидной железы в отделениях эндокринологического центра

В общей структуре обратившихся за лечебной помощью в отделение эндокринологии с патологией щитовидной железы было 552 (10,27 %) пациента, при этом в динамике за три года их число снизилось с 254 (14,7 %) в 2008 г. до 175 (10,17 %) в 2009 г. и 123 (6,37 %) в 2010 г. Преимущественно, это были пациенты с тяжелыми формами диффузно-токсического зоба, осложненного сердечной патологией, которым проводилась предоперационная подготовка. Одновременно отмечена устойчивая тенденция к увеличению числа пациентов, которые проходят обследование и лечение в амбулаторных условиях (рис. 2).

A



Б



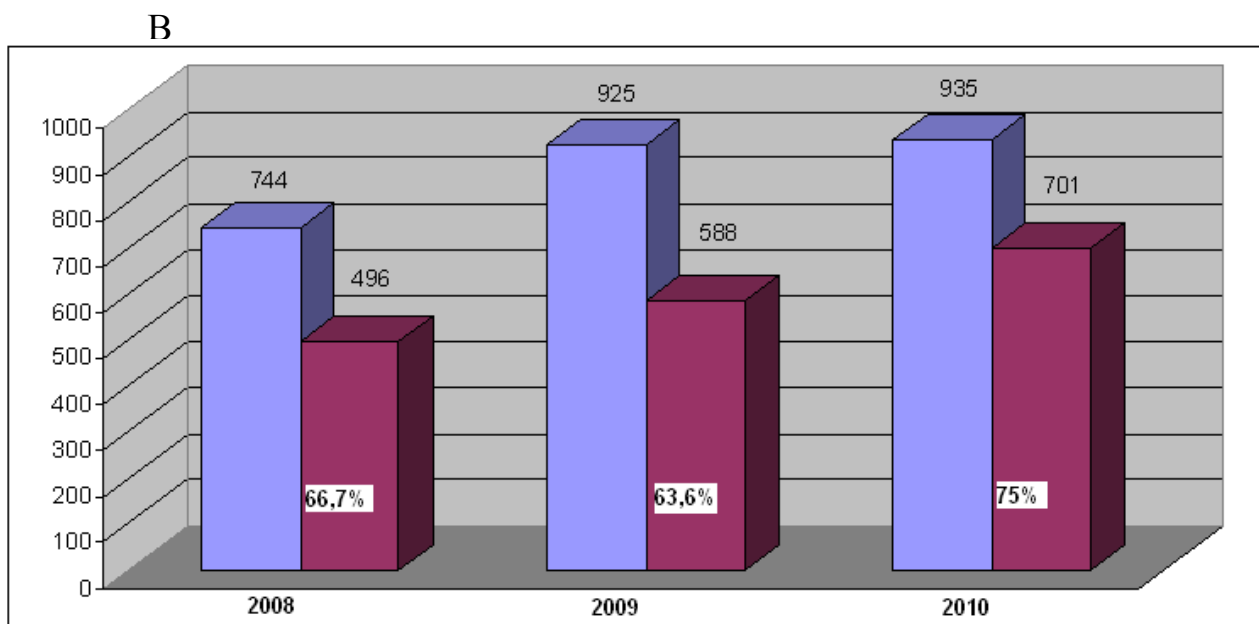


Рисунок 2. Доля больных с патологией щитовидной железы в отделениях эндокринологического центра: А – отделение эндокринологии, Б – эндокринологический СКАЛ, В – эндокринная хирургия

На амбулаторном приеме доля пациентов с патологией щитовидной железы уступает лишь пациентам с сахарным диабетом, при этом основную часть составляют больные с нетоксическими вариантами одно- и многоузловых зобов, аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) и послеоперационным гипотиреозом (табл. 1).

Таблица 1 – Структура патологии щитовидной железы по данным амбулаторного приема

Нозология, чел. (%)	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Первичный гипотиреоз	354 (32,75 %)	375 (34,3 %)	369 (8,35 %)
Нетоксический диффузный зоб	23 (2,1 %)	53 (4,85 %)	44 (3,38 %)
Нетоксический одноузловой зоб	256 (23,7 %)	244 (22,34 %)	318 (24,44 %)
Нетоксический многоузловой зоб	294(27,22 %)	261(23,9 %)	398 (38,6 %)
Тиреотоксикоз	139 (12,87 %)	141 (12,91 %)	157 (12,06 %)
Подострый тиреоидит	14 (1,03 %)	18 (1,64 %)	15 (1,15 %)
Всего	1080 (100,0 %)	1092 (100,0 %)	1301 (100,0 %)

В динамике отмечено увеличение численности пациентов с многоузловыми формами зоба (27,2 % и 38,6 % в 2008 и 2010 гг., соответственно).

Всем пациентам с узловыми образованиями в щитовидной железе более одного сантиметра, обратившимся в центр за лечебно-консультативной помощью, проводится диагностическая ТАБ. В период с 1.07.09 по 31.07.11 было выполнено 5042 пункции щитовидной железы, неинформативный материал получен в 11,4 %, что соответствует литературным данным. Результаты цитологических исследований представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Цитологические диагнозы тонкоигольных биопсий щитовидной железы

Цитологический диагноз	Количество результатов, n	%%
Аутоиммунный тиреоидит	687	13,65
Дисплазия	78	1,54
Зоб коллоидно-клеточный	502	9,95
Клеточный зоб	810	16,06
Коллоидный зоб	891	17,67
Медуллярный рак	6	0,11
Недифференцированный рак	1	0,01
Папиллярный рак	170	3,37
Подозрение на фолликулярную аденому	322	6,38
Фолликулярная опухоль, вероятно, аденома	283	5,61
Фолликулярная опухоль, вероятно, фолликулярно-папиллярный рак	135	2,67
Подострый тиреоидит	2	0,3
Элементы кистозной полости	345	6,8
Препарат информативен, клеточных элементов более 8	147	2,9
Препарат неинформативен	576	11,42
Трудно дифференцировать АИТ и зоб	87	1,7
Всего	5042	100

Рак щитовидной железы, по данным биопсий, выявлен в 18,26 % случаев. В хирургическом отделении было проведено сопоставление

цитологического и окончательного диагнозов. В группе пациентов с цитологическим заключением о наличии фолликулярной аденомы после оперативного вмешательства у 56,3 % больных была выявлена фолликулярная аденома щитовидной железы, у 31,3 % – рак щитовидной железы, в 12,4 % случаев был диагностирован коллоидный зоб. Среди пациентов, у которых, по данным ТАПБ, был выявлен папиллярный рак щитовидной железы, диагноз подтвердился у 78,6 %.

В период с 2008 по 2010 гг. отмечен рост общего числа оперативных вмешательств – с 744 в 2008 г. до 935 в 2010 г. и 427 за первые 6 месяцев 2011 г. При этом увеличивается как абсолютное число прооперированных пациентов (744 и 925 человек, соответственно), так и доля пациентов с патологией щитовидной железы (66,66 % и 74,9 %, соответственно). Всего за данный период оперативное лечение заболеваний щитовидной железы выполнено 1689 пациентам, из них жители г. Краснодара составляют 43,5 %, жители городов и сельских населенных пунктов Краснодарского края – 47,5 %, инокраевые – 9 %.

В структуре тиреоидной патологии хирургического отделения преобладают пациенты с доброкачественными опухолями – 43,5 %. Пациенты с злокачественными опухолями составляют 34,1 %, диффузно-токсическим зобом – 12,1 %, коллоидным зобом и тиреоидитом с загрудинным расположением и компрессией органов шеи – 10,3 %.

За прошедшие восемь лет работы хирургическая тактика диагностики и лечения тиреоидной патологии приведена в соответствие с современными рекомендациями Российского Эндокринологического научного центра, Российской и Европейской согласительных комиссий и ассоциаций эндокринологов.

Существенным изменениям подверглись все основные направления хирургического лечения заболеваний щитовидной железы: тиреотоксикоза, доброкачественных узловых образований щитовидной железы, рака щитовидной железы.

К настоящему моменту в отделении эндокринной хирургии сложилась четкая схема показаний к хирургическому лечению узлов щитовидной железы.

Выделяются следующие виды показаний к оперативному лечению:

1. Абсолютные

- злокачественные опухоли, подтвержденные ТАБ;

- образования, подозрительные на злокачественные:

фолликулярная опухоль

гюртлеклеточная опухоль

тяжелая дисплазия;

- синдром компрессии органов шеи;

- тиреотоксикоз, обусловленный узлами, т.е. функциональная автономия.

2. Настойчивые

- наличие онкологических факторов риска при доброкачественной ТАБ;

- зоб шейно-загрудинной локализации;

- другие дизэмбриопатии и эктопии ткани щитовидной железы.

3. Относительные

- многократно неинформативные результаты ТАБ;

- крупные узлы с косметическим дефектом шеи;

- онкологическая настороженность больного.

Тактика лечения больных с доброкачественными узловыми образованиями в отделении эндокринной хирургии за последние 8 лет была кардинально пересмотрена. Наряду с жестким ограничением показаний к оперативному лечению, существенно изменились объемы вмешательств. В настоящее время в отделении полностью отказались от экономных резекций щитовидной железы. Методом выбора хирургического лечения одиночных доброкачественных узловых образований стала гемитиреоидэктомия с удалением перешейка.

При множественных доброкачественных узловых образованиях (фолликулярная аденома) выполняется тотальная тиреоидэктомия. Такая же тактика применяется при узловых образованиях, подозрительных на злокачественные: при множественных узлах выполняется тиреоидэктомия, а при одиночных – гемитиреоидэктомия с обязательным срочным гистологическим исследованием.

Наиболее распространенная форма рака щитовидной железы – высокодифференцированная. Более 98 % пациентов, прооперированных по поводу злокачественных новообразований, имели папиллярный и фолликулярный рак.

Тактика лечения этого заболевания в настоящее время радикализована в соответствии с рекомендациями Европейского консенсуса и Российской согласительной комиссии. В лечении этой патологии методом выбора хирургического лечения стала тотальная тиреоидэктомия. Выполнение центральной лимфаденэктомии (т.е. удаление паратрахеальной клетчатки с лимфоузлами VI зоны шеи) в указанных выше соглашениях носит рекомендательный характер. Однако в отделении она считается, безусловно, показанной при раке щитовидной железы, диагностированном до или во время операции. При диагностированном до или во время операции регионарном метастазировании выполняется фасциально-футлярная лимфаденэктомия.

Если регионарное метастазирование выявляется при гистологическом исследовании после центральной лимфаденэктомии, то фасциально-футлярная лимфаденэктомия выполняется вторым этапом оперативного лечения.

До 2007 г. вмешательства на лимфатическом аппарате шеи включали только фасциально-футлярные лимфаденэктомии, которые выполнялись у 2 % больных раком щитовидной железы. С момента опубликования рекомендаций согласительной комиссии (2007 г.) в отделении эндокринной хирургии началось внедрение центральной лимфаденэктомии, позволяющей

выявить регионарное метастазирование на ранних его стадиях и правильно выбрать дальнейшую тактику наблюдения и лечения таких пациентов.

К настоящему времени оперативные вмешательства на лимфатических узлах шеи проводятся у 28 % пациентов с раком щитовидной железы.

Гемитиреоидэктомия выполняется в настоящее время только при одиночных доброкачественных узлах. Различные виды резекций (от экономных до субтотальных) в настоящее время не применяются.

Изменилась хирургическая тактика и при диффузном токсическом зобе (болезнь Грейвса). Показаниями к хирургическому лечению в настоящее время являются:

- неэффективность консервативной терапии в течение 1–1,5 лет;
- рецидивирующее течение тиреотоксикоза;
- непереносимость тиреостатиков;
- тяжелые кардиологические и офтальмологические осложнения;
- большие размеры зоба (синдром компрессии органов шеи и средостения);
- злообразование на фоне болезни Грейвса.

В отделении никогда не выполнялись обычные субтотальные резекции с оставлением 3–6 г ткани железы, т. к. они не обеспечивали гарантированно надежных результатов лечения. Ранее выполнялись предельно субтотальные резекции, обеспечивающие более надежные результаты, но, как показало время, не имеющие преимуществ перед тиреоидэктомией. В настоящее время тиреоидэктомия является методом выбора лечения болезни Грейвса.

Увеличение количества тиреоидэктомий не привело к росту осложнений ввиду накопления опыта хирургами, постоянно выполняющими значительное число таких операций, а также вследствие визуализации в ходе операции паращитовидных желез и возвратных нервов (табл. 3).

Таблица 3 – Характеристика осложнений оперативных вмешательств на щитовидной железе

Осложнения	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Парез гортани	10 (2,02 %)	9 (1,3 %)	3 (0,4 %)
Гипопаратиреоз	8 (1,6 %)	4 (0,57 %)	1 (0,14 %)
Кровотечения и гематомы	6 (1,2 %)	7 (1,0 %)	4 (0,57 %)
Лимфорей	–	–	1 (0,14 %)
Гнойные осложнения	3 (0,6 %)	–	1 (0,14 %)
Всего операций	495	692	701

Пациентов после выполненных ТАБ и оперативных вмешательств заносят в регистр и переводят в эндокринологический СКАЛ для проведения диспансерного наблюдения и подбора индивидуальной заместительной или супрессивной терапии. Всем пациентам с тиреоидэктомией в послеоперационном периоде была назначена полная доза заместительной терапии левотироксином, 34,1 % больных – супрессивная терапия. Пациентам с гемитиреоидэктомией рекомендовался прием йодида калия в дозе 100 мкг, вопрос о назначении терапии левотироксином решался через два месяца после операции. Динамическое наблюдение, включающее исследование ТТГ, сТ4, ультразвуковой контроль, осуществлялось через два месяца, затем – через год в группе с доброкачественным течением заболевания и один раз в 6 месяцев при злокачественных процессах. В группе пациентов, сразу взятых на учет после операции в ЭЦ СКАЛ, рецидив узлового зоба наблюдался у 12 (4,8 %) человек, послеоперационный гипотиреоз – у 17 (6,8 %). В то же время среди пациентов, пришедших в ЭЦ СКАЛ из других лечебных учреждений, рецидив узлового зоба выявлен у 8 (17,3 %), гипотиреоз – у 14 человек (30,4 %).

Таким образом, актуальность проблемы патологии щитовидной железы в регионе обозначила необходимость создания эндокринологического центра, оказывающего высокоспециализированную высокотехнологичную консультативную, лечебную и диагностическую помощь населению.

Наличие эндокринологического центра, работающего в тесном взаимодействии с диагностическими структурами (иммунологической и клинической лабораторией, цитологами, специалистами ультразвуковой диагностики), этапность работы структур позволяют добиться не только улучшения качества диагностики, но и сокращают путь от постановки диагноза до радикального лечения, улучшают качество лечебной помощи, снижают риск развития разнообразных осложнений, осуществляют долговременный эффективный контроль за состоянием пациентов на различных этапах оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Дедов И.И., Свириденко Н.Ю. Йоддефицитные заболевания в РФ // Вестник РАМН. 2001. (6):3–12.
2. Дикарев А.С. Распространенность злокачественных новообразований щитовидной железы и совершенствование медицинской помощи больным // Дисс. на соиск. уч. степени канд. мед. наук. – С-Петербург, 2006. С. 1–128.
3. Дикарев А.С. Основные закономерности и тенденции заболеваемости раком щитовидной железы в Краснодарском крае // Общественное здоровье, инновации в экономике, управлении и правовые вопросы здравоохранения: Материалы Междунар. научно-практ. конференции, посвященной 70-летию Новосибирской гос. мед. академии и 70-летию каф. обществ. здоровья и здравоохранения. – Новосибирск, 2005. – С. 99–102.
4. Дикарев А.С., Карпиниди Р.К. Некоторые аспекты распространенности рака щитовидной железы в Краснодарском крае // Здоровье и образование в XXI веке: Научные труды VI Международной научно-практической конференции. – М., 2005. С. 218–219.
5. Касаткина Э.П. Йоддефицитные состояния: генез, профилактика, лечение // Фарматека. 2003; (08(71)); 10–3.
6. Консенсус «Эндемический зоб: терминология, диагностика, лечение и профилактика» // Клиническая тиреологическая. 2003; 1(3).
7. Мельниченко Г.А. Консенсус по эндемическому зобу: пять лет спустя // Клиническая тиреологическая. 2003; 1(2).
8. Щеплягина Л.А. Проблема йодного дефицита // Русский медицинский журнал. 1999; 7(11):523–7.
9. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Ременник Н.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации // Российский онкологический журнал. – 2004. № 1. С. 5–12.