

УДК 614.2:616.43(470.62–21)

**СТРУКТУРА ОКАЗАНИЯ  
ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
В Г. КРАСНОДАРЕ**

Кудлай Инна Степановна – к.м.н.  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Кудинов Михаил Николаевич  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Белоножкин Сергей Леонтьевич – к.м.н.  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Кижватов Сергей Игоревич – к.м.н.  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Базоян Наталья Сергеевна – к.м.н.  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Эндокринологическая помощь населению в г. Краснодаре характеризуется этапностью, структура оказания которой включает амбулаторное звено поликлиник, эндокринологический центр СКАЛ, стационары города. Наличие системы лечения пациентов в СКАЛ улучшает качество диспансеризации, снижает затраты государства на стационарное лечение.

Ключевые слова: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ, СИСТЕМА КУРСОВОГО АМБУЛАТОРНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ (СКАЛ)

UDC 614.2:616.43(470.62–21)

**STRUCTURE OF ENDOCRINOLOGICAL  
ASSISTANCE IN KRASNODAR**

Kudlai Inna Stepanovna – Ph.D. (MED)  
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Kudinov Mikhail Nikolaevich  
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Belonjkin Sergei Leont'evich – Ph.D. (MED)  
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Kijvatov Sergei Igorevich – Ph.D. (MED)  
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Bazoyan Natalia Sergeevna – Ph.D. (MED)  
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

The endocrinological assistance to population of Krasnodar is characterized by stage. The structure consists of out-patient links in policlinics, endocrinologic center SCOPT, hospitals. The treatment system in SCOPT increases the quality of dispensary system, decreased the state costs to stationary treatment.

Key words: MORBIDITY, ENDOCRINE PATHOLOGY, ENDOCRINE CARE, SYSTEM OF COURSE OUT-PATIENT SPECIAL TREATMENT (SCOPT)

Краснодарский край – густонаселенный субъект Российской Федерации, занимающий 3 место по численности и плотности (после Москвы и Московской области), и 11 место – по темпам развития и уровню жизни населения.

Тем не менее, в регионе отмечен высокий уровень сердечно-сосудистой, онкологической, эндокринной заболеваемости. В крае с населением 5,3 млн жителей – 142 тыс. больных сахарным диабетом (СД). В структуре онкологической заболеваемости края рак щитовидной железы находится на 6-м месте (5,6 %). За последние 15 лет заболеваемость раком щитовидной железы 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, составляющий 1,8 на 100 000 населения. Прирост смертности за последние 15 лет составил 54,6 %. Аналогичная ситуация по увеличению заболеваемости раком щитовидной железы отмечена и в соседних регионах Южного федерального округа.

В Краснодаре на сегодняшний день больных СД около 29 тыс. человек, из них 13 тыс. инвалидов, 229 больных с установленным диагнозом «хроническая почечная недостаточность», 226 человек с ампутированными конечностями. Ежегодный прирост численности больных СД до 2009 г. составлял в среднем около 2 тыс. человек в год. В 2009 г. общее количество больных, состоящих на учете в поликлиниках города, достигло 23989 человек (за год прирост составил 3078 человек), по состоянию на январь 2013 г., под наблюдением состоят уже 28530 человек. Столь быстрое увеличение числа больных СД обусловлено, на наш взгляд, сочетанием ряда факторов:

– большей продолжительностью жизни населения (средняя продолжительность жизни в Краснодарском крае больше, чем в среднем по

России (73,9 и 72,3 года для женщин, и 61,6 и 58,9 лет для мужчин, соответственно);

- увеличением прослойки городского населения в два раза за последние 20 лет, и, соответственно, увеличением числа лиц с малоподвижным образом жизни,

- увеличением популяции населения, имеющего избыточную массу тела свыше 50 %;

- высокой выявляемостью патологии вследствие более жестких критериев постановки диагноза и хорошей осведомленности врачей смежных специальностей. В частности, у всех беременных женщин, пациентов с кардиальной и цереброваскулярной патологией проводится скрининг состояния углеводного обмена.

Быстрый рост распространенности СД, особенно СД 2 типа, послужил основанием для экспертов ВОЗ говорить в настоящее время о пандемии этого заболевания. По оценкам специалистов, в 2025 году будет отмечено увеличение числа пациентов с СД в 2,2 раза, по сравнению с численностью в 2000 г. (у нас в городе этот показатель, вероятно, составит 38–40 тыс. человек). Экономический кризис, состояние хронического стресса, перебои в обеспечении сахароснижающими препаратами привели к увеличению числа госпитализированных с urgentными состояниями, такими как кетоацидотическая и гиперосмолярные комы, в реанимационные отделения города (в 2009 г. – 21 человек в МБУЗ ГБ № 2, из них в 9 случаях, осложненных развитием острой почечной недостаточности, в 2010 г. – 26 пациентов, в 2011 г. – 39 человек). Данные о болезненности и заболеваемости СД в г. Краснодаре приведены в таблицах 1–2.

Таблица 1 – Болезненность и заболеваемость по отдельным нозологиям  
(за последние три года) в г. Краснодаре

Нозология	Болезненность на 1000 населения			Заболеваемость на 1000 населения		
	2010 год	2011 год	2012 год	2010 год	2011 год	2012 год
Сахарный диабет	34,8	36,5	36,6	3,093	4,04	4,05
Диффузный токсический зоб (ДТЗ)	0,72	0,86	0,86	0,17	0,25	0,25
Гипотиреоз	4,81	5,30	5,4	0,91	1,16	1,18
Несахарный диабет	0,057	0,067	0,066	0,003	0,0125	0,01
Рак щитовидной железы	1,593	1,86	1,89	0,112	0,156	0,161
Аутоиммунный тиреоидит (АИТ)	3,415	3,91	3,95	0,455	0,62	0,72

Таблица 2 – Первичный выход на инвалидность у пациентов  
с эндокринной патологией в г. Краснодаре

Нозология	Инвалидность I группы			Инвалидность II группы			Инвалидность III группы		
	2010 год	2011 год	2012 год	2010 год	2011 год	2012 год	2010 год	2011 год	2012 год
Сахарный диабет	5	5	14	63	44	56	127	98	95
Эндокрин- ные болезни	1	0	1	10	4	5	15	13	15

Рассмотрение «конечных точек» за пятилетний период наблюдения пациентов обнаруживает 4,3 % первичного выхода на инвалидность. Годичные показатели первичной инвалидизации не являются стабильными: минимальный показатель составляет 0,6 % и относится к 2001 году, максимальный – 1 % и относится к 2002 году. Смертность больных СД за период наблюдения составляет 11,9 % от числа пациентов, состоявших на учете. Из общего числа умерших за 5 лет больных у 39,5 % в качестве непосредственной причины смерти установлен СД и его осложнения. Всего диагноз СД, как причина смерти за 5 лет, фигурировал в 4,6 % от числа состоящих на учете больных. За период наблюдения отмечалась существенная изменчивость числа годичных смертей

непосредственно в связи с СД: минимальный показатель относится к 2002 году и составляет 0,2 %, максимальный – к 2001 году и составляет 2,2 % по отношению к числу состоящих на учете больных. Положительная, на первый взгляд, динамика смертности в связи с СД обусловлена скорее концептуально, т.к. общая смертность больных СД в динамике за 5 лет являлась достаточно стабильной и составляла от 2,1 до 2,98 % от числа состоящих на учете больных. Исключением был 2002 год, когда показатель смертности составил 1,8 %. Нами изучены данные государственного регистра больных основными типами СД в г. Краснодаре с учетом возраста и пола по состоянию на конец 2011 г.

Из числа больных, зафиксированных в государственном регистре, только 6,9 % страдали СД 1, остальные 93,1 % имели СД 2. В группе больных СД 1 мужчин было 41,0 %, женщин – 59,0 %, а среди больных СД 2 мужчин было 26,9 %, женщин – 73,1 % . Таким образом, среди больных СД 2 женщин в 2,7 раза больше, чем мужчин, в то время как среди больных СД 1 этот показатель равен 1,4. Среди всех больных диабетом абсолютное большинство находится (91,0 %) в возрасте старше пятидесяти лет. Изучение возрастного ценза среди больных СД разных типов показало, что в контингенте больных СД 1 лиц молодого и среднего возраста (до 50 лет) значительно больше – 43,8 %. Доля больных СД 18–29 лет составляет 13,2 %, 30–49 лет – 30,6 %. В группе больных СД 2 доля лиц молодого и среднего возраста минимальна – всего 6,4 %. Таким образом, контингент больных СД 2 в большинстве своем (93,6 %) представлен лицами старше 50-летнего возраста. Обращает на себя внимание высокий процент (40,0) больных СД 2 преклонного (старше 70 лет) возраста как мужчин (35,3 %), так и женщин (40,0 %). По нашему убеждению, такая ситуация возникла на фоне демографических изменений в крае в сторону абсолютного и относительного увеличения на Кубани населения пожилого и старческого возраста, что подтверждается официальной статистикой. Так, в период с

1970 по 2011 г. доля лиц старше 50-летнего возраста в Краснодарском крае увеличилась с 25,7 % до 29,9 %. В итоге каждый 3-й житель края – старше 50, а каждый седьмой – старше 65-летнего возраста. Кроме того, с введением строгого учета больных СД, их диспансеризацией и улучшением снабжения препаратами увеличилась продолжительность жизни больных СД, что и зафиксировано в доле (38,3 %) «постарения» популяции больных СД. В этой возрастной группе старше 70 лет среди больных СД обоих типов преобладают женщины. Эти данные согласуются с мнением ведущих диабетологов и объясняются разными причинами: более высокой заболеваемостью и болезненностью СД женщин, большей средней продолжительностью жизни женщин, по сравнению с мужчинами и др. факторами.

Основную проблему диабетологии в настоящее время составляют поздние (хронические) осложнения СД, являющиеся причиной высокой инвалидизации и смертности пациентов. В контингентах больных СД общая совокупность разных по патогенезу и клинической картине хронических осложнений довольно значительна. Так, на 100 больных СД, состоящих на «Д»-учете на конец 2001 года было 83,3 случая хронических осложнений, 2002 года – 82,1; 2003 – 84,3; 2004 – 110,9; 2005 года – 101,9 случая. Эти данные свидетельствуют как о большой распространенности хронических осложнений СД, так и о сочетании нескольких осложнений у значительной части больных: в 43,3 % наблюдаются два и более видов осложнений.

Средний возраст больных на момент развития осложнения при СД 2 был большим, чем у больных СД 1 практически при всех осложнениях, кроме группы больных – мужчин со слепотой на один или оба глаза вследствие катаракты.

Общее число инвалидов среди больных СД в течение 2001–2011 гг. составляло от 9,5 % до 17,3 % , что в среднем за пять лет соответствовало

13,32 ± 0,61 %. Колебание частоты отмечалось и среди больных каждой группы инвалидности. Так, больные 1-й группы инвалидности среди общего числа диспансерных больных составляли от 0,3 % до 1,5 % (среднее значение 0,75 ± 0,1 %), 2-й группы – от 7,7 % до 12,5 % (среднее значение 10,44 ± 0,1 %), 3-й группы – от 1,4 % до 3,3 (среднее значение 2,18 ± 0,1 %). Наиболее объективным в отношении организации диабетологической помощи больным является показатель первичного выхода на инвалидность. На нашем материале он был практически стабильным по отношению ко всем больным и составил в среднем 0,86 ± 0,08 %.

Доля больных СД, впервые ставших инвалидами, по отношению ко всему контингенту больных-инвалидов, состоящих на «Д» учете, колебалась от 4,8 % до 9,8 % – средняя величина – 6,88 ± 0,07 %. Из общего числа больных СД, освидетельствованных комиссиями МСЭК за 2001–2011 гг., 3-ю группу инвалидности имели 27,6 %, 2-ю группу – 60,6 %, 1-ю – 11,8 % больных. Таким образом, большинство больных (72,4 %) имели 1-ю и 2-ю группы инвалидности, что указывает на значительную тяжесть течения СД у этих больных и потерю трудоспособности за счет осложнений.

Частота инвалидности у больных с учетом типа СД и пола изучена нами у 3057 больных, находящихся в муниципальном регистре и имеющих инвалидность. В общей когорте больных СД, состоящих в муниципальном регистре, как и среди диспансерного контингента, сохраняется тенденция превалирования доли больных 2-й группы инвалидности (85,3 %), по сравнению с 1-й (6,8 %) и 3-й (7,7 %) группами. Степень потери трудоспособности наиболее выражена у больных, страдающих СД 2. Доля инвалидов 1–2-й групп у больных СД 2 достоверно выше, чем у больных СД 1. Среди мужчин эта разница составляет 8,2 %, среди женщин – 7,4 %, среди обоих полов – 7,9 % ( $p > 0,01$ ).

Изучение причин инвалидности у 2986 больных СД показало, что в общей когорте инвалидов у 1436 (48,1 %) при освидетельствовании МСЭК основным заболеванием, наиболее повлиявшим на утрату трудоспособности, признан не СД, а другое заболевание. Естественно, СД, как мультифакторное заболевание, оказало определенное влияние на состояние здоровья пациента в целом. У остальных 1550 (51,9 %) инвалидов основным диагнозом при определении группы инвалидности были СД – 23,2 % и его осложнения – 28,7 %. Среди осложнений при освидетельствовании чаще всего встречались: сосудистые заболевания – 16,0 %, инфаркт миокарда – 4,7 %, инсульт – 4,1 %, ампутация конечности – 1,7 %, слепота – 1,4 % и нефропатия – 0,2 %. Наиболее часто СД, как причина инвалидности, наблюдался у мужчин (58,3 %) и женщин (51,3 %), страдающих СД 1, в то время как среди больных СД 2 эти показатели равны, соответственно, 19,2 % и 18,4 % за счет большего числа осложнений при СД 2 – 34,5 % у мужчин и 29,9 % у женщин.

Анализ причин инвалидности больных СД выявил следующее: СД как первопричина потери трудоспособности чаще встречается при первом типе болезни. В то же время у больных СД 2 первопричиной инвалидности чаще определялись осложнения СД. По сравнению с больными СД 1, эта пропорция была следующей: у мужчин 2,5 : 1,0, у женщин 3,0 : 1,0 соответственно. Современная тактика лечения СД предусматривает организацию специализированной помощи на первичном поликлиническом уровне (И.И. Дедов, 2000). Терапевтические возможности при данной патологии в настоящее время позволяют не только сохранить жизнь больному, но и обеспечить ее вполне удовлетворительное качество.

Продолжительность жизни у пациентов, заболевших СД в детстве, исчисляется десятилетиями. Возможность обеспечения больному СД долгой жизни и трудоспособности зависит во многом от организации



амбулаторно-поликлинической помощи и динамического (диспансерного) наблюдения за больным. При этом основными задачами диспансеризации и динамического наблюдения за больным являются:

- создание условий для организации больному режима дня, максимально приближающегося, несмотря на большое количество лечебных мероприятий, к привычному укладу жизни семьи;
- организация лечебных мероприятий на уровне, позволяющем добиваться у каждого больного максимальной компенсации метаболических нарушений, хорошей физической и интеллектуальной работоспособности, психического комфорта;
- организация профилактических мероприятий, способствующих предупреждению острых неотложных состояний и сосудистых поражений.

В городе Краснодаре специализированная эндокринологическая помощь населению оказывается в эндокринологическом центре ГБУЗ ККБ № 2 (отделение эндокринологии на 60 коек, отделение эндокринной хирургии на 30 коек, эндокринологический СКАЛ) на базе 38 эндокринологических койек отделения терапии МБУЗ ГБ № 1 и в отделениях реанимации и хирургического отделения № 3 МБУЗ БСМП, где проводятся хирургические вмешательства пациентам с синдромом диабетической стопы.

В рациональной работе эндокринологической службы города и эндокринологического центра ГБУЗ ККБ № 2 особое место занимает четкая система госпитализации, хорошо отлаженная взаимосвязь стационаров, лечебно-профилактических учреждений города, СКАЛ. Плановая госпитализация осуществляется по направлениям поликлиник, экстренная – скорой помощью или центрами СКАЛ в плановое отделение или отделения реанимации. Кроме того, осуществляется перевод пациентов из других стационаров города.

Госпитализация в стационары города осуществляется по территориальному принципу. С каждым годом возрастает количество больных, пролеченных стационарно (табл. 3).

Таблица 3 – Количество эндокринологических больных, пролеченных в стационарах города

Основные показатели	ГБУЗ «ККБ № 2»			ГБ №1		
	2009 год	2010 год	2011 год	2009 год	2010 год	2011 год
Среднее количество коек	60	60	60	38	38	38
Число выбывших	1865	1930	2005	1616	1657	1806
Плановые койко-дни	22407	20160	20160	16752	16752	16752
Фактические койко-дни	23090	24449	24651	16563	16458	16738
% выполнения	103	121,2	124,4	98,9	98,25	99,9
Работа койки	384,8	402,6	410,7	331,3	329,2	334
Оборот койки	29,4	32,3	33,4	32,6	33,5	36,5
Среднее пребывание	12,5	12	11,9	10,2	9,8	9,2
Количество госпитализированных планово	1440	1804	1901	1569	1506	1787
Количество госпитализированных экстренно	126	280	341	97	106	118
СД 1 тип	382	393	405	39	45	71
СД 2 тип	1309	1292		1139	1309	1378
Беременных	126	154	161			
ДТЗ	43	33	35	11	10	6
Гипотиреоз	42	26	28	19	15	24
Количество умерших	10	9	10	16	17	18

В связи с увеличением популяции пациентов с СД растет и число госпитализированных в эндокринологические отделения города, в том числе и за счет экстренно госпитализированных. Среди поступивших в экстренном режиме в эндокринологическое отделение ГБУЗ «ККБ № 2» практически половину (46,7 %) составляют беременные женщины, страдающие СД, жительницы города и края. Цель госпитализации – коррекция углеводного обмена в разные сроки беременности, установка инсулиновых помп, решение вопроса о возможности пролонгации беременности, подготовка к родам.

Около 23,7 % госпитализированных экстренно, составляют лица с 1 типом диабета, имевшие значительные погрешности в режиме введения инсулинов (отказ от введения препаратов силу различных жизненных ситуаций, социального статуса). Как правило, эти пациенты имеют тяжелые кетоацидотические и гиперосмолярные состояния, требующие пребывания в условиях АРО, в некоторых случаях – с применением экстракорпоральных методов лечения. Кроме того, в категории экстренно госпитализированных пациентов 29,6 % составляют лица с СД 2 типа и тяжелыми витальными нарушениями на фоне перенесенных гипогликемических состояний с развитием синдрома декомпенсированной дисметаболической энцефалопатии, инфаркта, инсульта, декомпенсированного синдрома диабетической стопы, сепсисом, хронической почечной недостаточностью, канцероматозом.

В группе пациентов, госпитализируемых в плановом порядке, преобладают лица с тяжелым течением диабета 2 типа, нуждающихся в переводе на комбинированную или базис-болюсную инсулинотерапию или уже находящихся на инсулинотерапии. Тяжесть состояния обуславливается наличием множественных макро- и микрососудистых осложнений (ИБС, гипертоническая болезнь, полинейропатия, ретинопатия, нефропатия, осложненная развитием почечной недостаточности).

Причины летальных исходов: острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая легочно-сердечная недостаточность (тромбоэмболия ветвей легочной артерии), неопластический процесс, дислокация мозга на фоне ишемических и геморрагических повреждений, уремия (табл. 4).

Таблица 4 – Причины летальных исходов в эндокринологических отделениях ГБУЗ «ККБ № 2» и ГКБ № 1 г. Краснодара

Причины летальных исходов	2010 год		2011 год		2012 год	
	Стационары					
	ККБ № 2	ГКБ № 1	ККБ № 2	ГКБ № 1	ККБ № 2	ГКБ № 1
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	2	2	4	2	3	2
Острая легочно-сердечная недостаточность	3	1	3	1	1	1
Дислокация мозга	–	–	1	–	1	–
Неопластический процесс	1	0	1	1	1	1
Кома	1	0	–	–	–	–
Уремия	1	1	1	–	–	1

В условиях дефицита врачебных кадров в поликлиниках города основную консультативную и лечебную помощь при длительно декомпенсированном СД 2 типа, впервые выявленном СД 1 и 2 типов, при неустановленном диагнозе, сложной и сочетанной эндокринной патологии, новообразованиях гипофизарно-надпочечниковой системы, щитовидной железы берет на себя амбулаторная служба эндокринологического центра – эндокринологический СКАЛ (специализированные курсы амбулаторного лечения) ГБУЗ «ККБ № 2».

Эндокринологический центр СКАЛ (специализированного курсового амбулаторного лечения) с дневным стационаром оказывает амбулаторную диагностическую и лечебную помощь населению города Краснодара и края на уровне, значительно превышающем уровень традиционной амбулаторной медицинской помощи. Наличие дневного стационара способствует сокращению показаний к госпитализации в стационар и, следовательно, более экономичному использованию финансовых средств. Центр СКАЛ представляет собой амбулаторно-стационарный комплекс, основной задачей которого является оказание специализированной

диагностической и лечебной помощи «трудным» в диагностическом плане больным по модели стационарзамещающей технологии. Больные посещают центры СКАЛ во внерабочее время, больничный лист выдается при временной утрате трудоспособности и при госпитализации в профильное отделение стационара ГБУЗ «ККБ № 2». Общая продолжительность курса лечения составляет 2–4 месяца, после чего больной возвращается под наблюдение территориальной поликлиники. Мощность эндокринологического СКАЛ эквивалентна деятельности 240-кочного стационара, но в 3 раза более экономичная.

Основная масса пациентов (84,3 %) направляется в центр поликлиниками города, около 5,5 % пациентов – взято на обследование по направлению РВК, около 10 % пациентов – это беременные женщины из города и края.

Ежегодно увеличивается число пациентов, получающих лечебно-диагностическую помощь в условиях подразделения. Так, в 2009 г. курсовое лечение получили 3985 больных, а в 2010 г. – 5255 человек (прирост составляет 31,8 %), в 2011 г. – уже 4552 пациента, в 2012 г. – 4737 пациентов, в том числе с включением высокотехнологических методов обследования и лечения (мониторирование уровня гликемии, установка инсулиновых помп) (рис. 1–2).

Ежегодно возрастает общее количество посещений, в 2010 г. оно составило 18 751. В 2011 и 2012 гг. количество посещений возросло до 29091 и 28604 человека, соответственно. При этом необходимо отметить увеличение числа т.н. однодневных визитов за счет беременных пациенток из районов края и пациентов, направляемых на тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ) узлов щитовидной железы.

Эндокринологический СКАЛ выполняет роль координатора деятельности эндокринологической службы города.

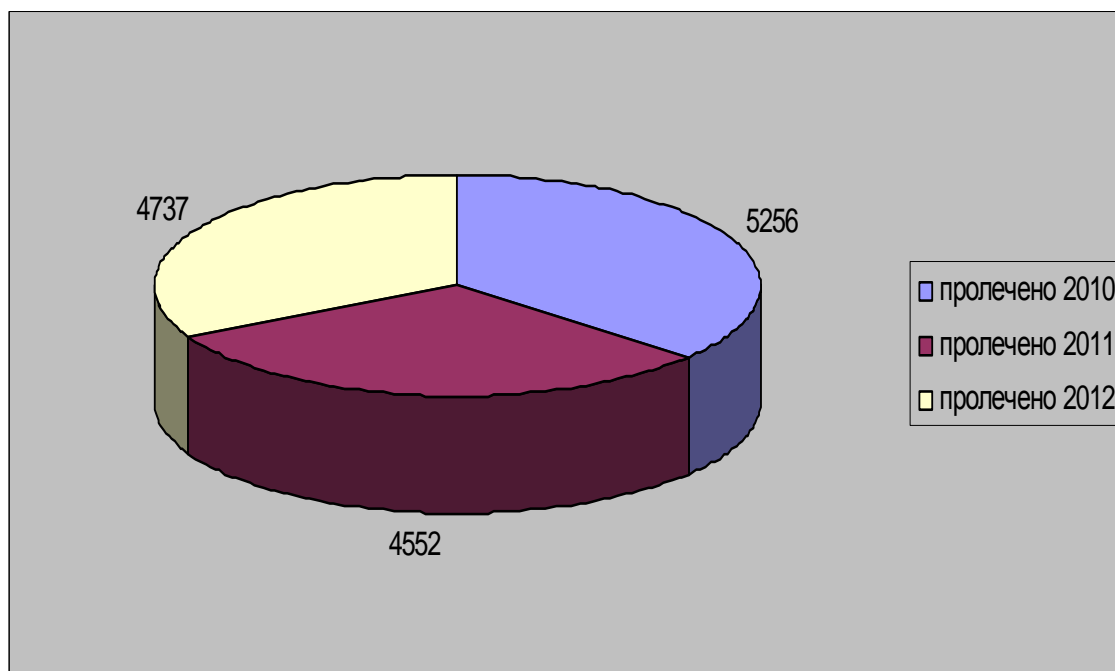


Рисунок 2. Количество больных, получивших лечение в эндокринологическом СКАЛ ГБУЗ ККБ № 2 г. Краснодара

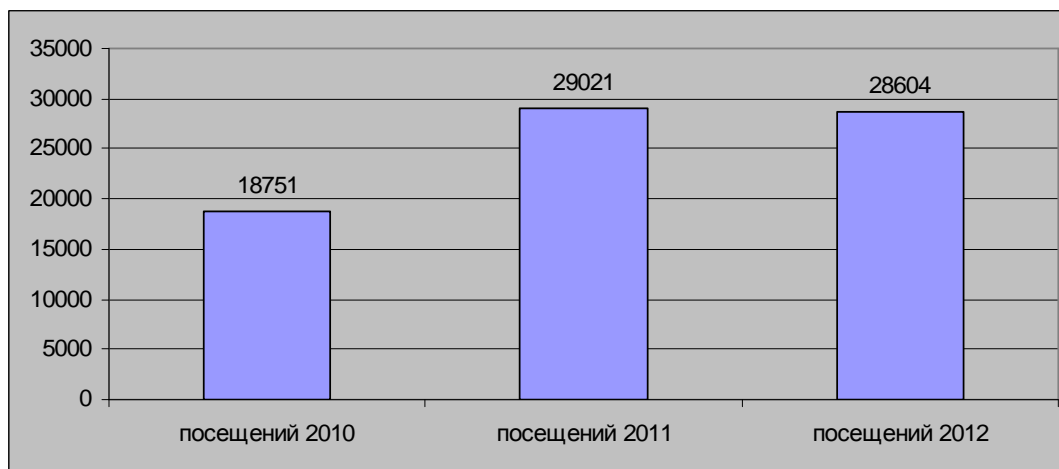


Рисунок 3. Общее количество посещений, которое было выполнено в эндокринологическом центре СКАЛ

Основные функции амбулаторного звена краевого эндокринологического центра:

– коррекция лечения СД в том случае, если у пациентов с СД не достигнуты целевые значения гликемии при лечении в условиях поликлиник города,

- обучение пациентов в «школе диабета», «школе планирования беременности при СД», «школе ожирения»,
- уточнение диагноза при патологии щитовидной и паращитовидных желез, гипофизарно-надпочечниковой системы, обучение пациентов в школах «эректильной дисфункции», «остеопороза»,
- ведение регистров пациентов с новообразованиями гипофиза, паращитовидных желез, щитовидной железы,
- долечивание пациентов при выписке из эндокринологического стационара,
- участие в скрининге населения районов края по выявлению онкопатологии щитовидной железы,
- оказание высокотехнологичной и специализированной помощи пациентам с эндокринной патологией.

Количество пациентов, направленных на стационарное лечение в эндокринологическое отделение, увеличилось, в основном за счет пациенток, направленных из районов края в связи с беременностью, а также пациентов, направленных в СКАЛ в связи с декомпенсацией заболевания (СД, тиреотоксикоз). Снизилось количество пациентов, направленных в хирургическое отделение в 2010–2011 гг., что, возможно, связано с более строгим отбором пациентов для оперативного лечения. В 2009 г. на стационарное лечение в эндокринологическое отделение было направлено 28 человек, в 2010–2011 гг. – 37 и 50 пациентов, соответственно. В хирургическое отделение в 2010 г. было направлено 92 пациента, в 2010 г. – 76 пациентов, в 2011 г. – 77 человек.

В 2009 г. из 92 человек, направленных в отделение эндокринной хирургии, рак щитовидной железы выявлен у 10 человек (15,8 %), в 2010 г. из 76 пациентов онкологический процесс установлен был у 17 человек (22,3 %), в 2011 г. рак щитовидной железы диагностирован у 24,48 %.

В декабре 2004 г. во исполнение приказа департамента здравоохранения Краснодарского края от 06.12.2004 № 639-ОД «О развитии сети межтерриториальных специализированных центров в Краснодарском крае» и приказа управления здравоохранения Администрации муниципального образования город Краснодара от 30.12.2004 № 418 «О развитии сети межтерриториальных специализированных центров» на базе отделения хирургии № 2 создан специализированный Центр эндокринной хирургии 4-го уровня.

Отделение эндокринной хирургии (открыто в 2003 году) – единственное отделение данного профиля в регионе имеет базу в 30 коек. Отделение 4-го уровня первой категории проводит около 900–1150 операций эндокринных органов в год. В отделении эндокринной хирургии внедряются методы малоинвазивной эндоскопической техники операций на щитовидной железе, надпочечниках (табл. 5).

Таблица 5 – Количество проведенных оперативных пособий

Операции	2010 год	2011 год	2012 год
Заболевания щитовидных желез	701	680	710
Заболевания паращитовидных желез	11	13	16
Заболевания грудных желез	20	10	16
Заболевания надпочечников	3	5	5
Кисты шеи	6	8	6

Уточнить диагноз заболевания во многих ситуациях помогает тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), особенно в сочетании с ультразвуковым контролем положения иглы. Однако ее эффективность значительно снижается при наличии в щитовидной железе множественных узловых образований, а также по мере увеличения размеров узла. Неуклонный рост заболеваемости раком щитовидной железы заставляет искать новые пути выявления ранних его форм и совершенствовать тактику обследования и лечения узловых образований щитовидной железы.



Определение тактики в хирургии очаговых образований щитовидной железы основывается на комплексе всех имеющихся клинических данных. На базе центра создается территориальный регистр пациентов с новообразованиями эндокринной системы (опухоли щитовидной железы, надпочечников), что позволяет систематизировать данные о всех пациентах, прошедших тонкоигольную биопсию, оперативное лечение в условиях центра, осуществлять динамическое наблюдение, корректировать назначенную заместительную и супрессивную терапию.

### **Выводы**

Этапность в осуществлении эндокринологической помощи больным СД в г. Краснодаре позволяет повысить качество диагностики, лечения, эффективность диспансеризации, выявляемость осложнений, что, безусловно, окажет влияние на снижение инвалидизации населения.

Наличие в системе оказания медицинской помощи в большом городе эндокринологического центра с наличием в структуре подразделения стационарзамещающих технологий не только повышает эффективность системы оказания специализированной помощи, но и имеет высокую экономическую рентабельность.

### Список литературы

1. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы / Под ред. И.И. Дедова. – М., 2009–2012.
2. *Аметов А.С.* Избранные лекции по эндокринологии. – М.: МИА, 2012.
3. *Аметов А.С.* Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2012. – 704 с.
4. *Анциферов Б.М., Суркова Е.В., Майоров А.Ю.* Тактика лечения больных инсулиннезависимым сахарным диабетом: анализ существующих подходов, основные проблемы и пути их решения // Проблемы эндокринологии. – 1994. – Т. 40, № 4. – С. 8.
5. *Банникова Р.В., Заросликова Л.А.* Профилактика поздних осложнений при сахарном диабете. Пути выбора наилучшего варианта диспансерной службы // Экология человека. – 2001. – № 1. – С. 31–32.
6. *Венедиктов Д.Д.* Здоровоохранение России: кризис и пути преодоления. – М., 1999. – 104 с.
7. *Орлов В.А., Гиляревский С.Р.* Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация. – М., 1992. – 94 с.
8. *Питерс-Хапрмел Э., Матур Р.* Сахарный диабет: диагностика и лечение. Практика «Программа обучения больных с сахарным диабетом». – М.: КУБК-а, 1996.
9. *Пронин В.С. Молитвослова Н.Н. Акромегалия* / Под ред. акад. И.И. Дедова, член-корр. Г.А. Мельниченко. – М., 2009.
10. Проспективное исследование сахарного диабета, проведенное в Великобритании. М.: Сервье, 2001.
11. «Проблемы эндокринологии», ежемесячный медицинский журнал. – М.: «Медицина», 2009–2012.
12. Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.: МИА, 2011.
13. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.: ООО «Издательство» Медицинское информационное агентство», 2011. «Тиронет» – [WWW/tyronet.ru](http://WWW/tyronet.ru)
14. *Consilium medicum* // Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. 2007–2012.
15. Ожирение: эпидемия XXI века. Международный отчет. М.: Roche, 2000.