

гии: материалы Российской научно-практической конференции с международным участием. – Барнаул, 2010. – С.206-207.

17.Coates A., GebSKI V., Bishop J.F., et al. Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. A comparison of intermittent and continuous treatment strategies // *New Engl. J. Med.* – 1987. – Vol. 317(24). – P. 1490-1495.

18.Coates A., GebSKI V., Signorini D. et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer // *J. Clin. Oncol.* –1992. – Vol. 10. – P. 1833-1838.

19.Curbow B., Bowie J.V., Martin A.C., et al. Quality of life in cancer chemotherapy randomized trials // *Quality of Life Res.* – 1997. – Vol. 6. – P. 684.

20.Earlam S., Glover C., Fordy C., et al. Relation between tumor sizes, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases // *J. Clin. Oncol.* – 1996. – № 4. – P. 171-175.

21.Kaasa S., Mastekaasa A., Lund E. Prognostic factors for patients with inoperable non-small cell lung cancer,

limited disease // *Radiother. Oncol.* – 1989. – Vol.15. – P.235-242

22.Loprinzi C.L., Laurie A.J., Wieand B. et al. Prospective evaluation of prognostic variables from patients-completed questionnaires // *J. Clin. Oncol.* – 1994. – Vol. 12. – P.601-607.

23.Sedman A.D., Porteney R., Yao T.J. et al. Quality of life in Phase II Trials: a study of methodology and predictive value in patients with advanced breast cancer treated with Paclitaxel plus granulocyte colony stimulating factor // *J. Nat. Cancer Inst.* –1995. – Vol. 87. – P. 1316-1322.

24.Osoba D., Zee B., Pater J. et al. Determinants of post-chemotherapy nausea and vomiting in patients with cancer // *J. Clin. Oncol.* –1997. – Vol. 15. – P. 116-123.

25.Osoba D. The Quality of Life Committee of the Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada: organization and functions // *Ibid.* –1992. – Vol. 1. – P. 211 - 218.

26.Slevin M.L., Plant H., Lynch D. et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? // *Brit. J. Cancer.* –1988. – Vol. 57. – P. 109 -112.

УДК 614.2-616.441-08-039.76.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМ ТИРЕОИДОЛОГИИ

(Обзор литературы)

Д.К. Алдынгуров, Т.А. Булегенов, Г.Г. Васьковский, А.А. Кусаинов
Государственный медицинский университет города Семей

Щитовидная железа играет огромную роль в нормальной жизнедеятельности всех систем организма, начиная с самого раннего детского возраста и на протяжении всей жизни человека. По данным Всемирной организации здравоохранения, на Земном шаре зарегистрированы более 300 миллионов больных зобом и гипотиреозом.

По материалам тиреологов различных стран мира недостаток йода в окружающей среде грозит развитием заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) у трети населения Земли.

На протяжении долгих десятилетий основным проявлением йододефицита считался эндемический зоб. Действительно эндемический зоб является самым распространенным заболеванием щитовидной железы в зонах пониженного потребления йода (т. е. при потреблении йода менее 50-60 мкг в сутки). В регионах с сильным дефицитом йода (потребление йода менее 20 мкг в сутки) по данным различных авторов 25-30 % населения имеют ту или иную патологию ЩЖ. Более того, заболевания ЩЖ непосредственным образом влияют на развитие патологии других различных органов и систем, интеллектуальные способности снижаются у 30-70% населения.

По данным международной конференции «круглый стол по проблеме профилактики ЙДЗ» (г. Москва, 29 апреля 2008 г.), ведущие ученые различных континентов мира привели примеры результатов борьбы с дефицитом йода. Наиболее эффективным путем решения проблемы дефицита йода является распространение йодированной соли населению. Ученым разных стран удалось добиться принятия программы йодирования соли на государственном законодательном уровне, что по дальнейшим наблюдениям исследователей под-

тверждает значительное сокращение дефицита йода, а в некоторых странах полное решение проблемы недостаточного потребления йода населением.

В зонах эндемических по зобу наиболее распространенным являются узловые формы, которые достигают 50-70% от всей патологии. По данным С. Wang (1997) до 50% людей из общей популяции, имеют узловые образования в щитовидной железе различного размера, которые, как правило, определяются специальными методами обследования. За последние десятилетия рост больных с патологией ЩЖ связан не только с высокой заболеваемостью, но и с бурным прогрессом и внедрением новейших методов обследования, высоких технологий в диагностическую программу.

Рост узловых форм поражения щитовидной железы, в большинстве регионов Казахстана, в первую очередь обусловлен сочетанием эндемии и возрастающего влияния антропогенных факторов: повышение уровня промышленного производства, урбанизация, загрязнение окружающей среды техногенными токсическими веществами.

В частности население Семейского региона подвергалось таким факторам риска развития патологии ЩЖ как йододефицит и хроническая радиация.

По данным В.В.Фадеева частота выявления узловых образований у населения достигает 10-40%. Валдина Е.А. приводит данные о том, что при ультразвуковом обследовании узлы в щитовидной железе выявляются у 20-44% женщин и у 17-19% мужчин.

Среди новообразований ЩЖ значительный процент составляют образования неопухоловой природы (узлы). Многие из этих образований имеют кистозные изменения. Самостоятельная киста или частично кистозные узлы составляют 6% -25%, от солитарных узлов ЩЖ.

Большая часть кистозных поражений ЩЖ доброкачественна, хотя некоторые карциномы ЩЖ могут иметь кистозные компоненты или быть чисто кистозными.

Малигнизация кистозно-узловых образований и развитие первичного рака щитовидной железы среди всех новообразований, по данным разных авторов, встречается в 3-5% наблюдений. Заболеваемость раком щитовидной железы в среднем составляет примерно 1% всех злокачественных опухолей человека и 21% всех опухолей щитовидной железы. Заболеваемость раком ЩЖ на 100000 населения составляет 0,9. Рак ЩЖ наиболее часто возникает в возрасте 40 - 60 лет, однако довольно часто встречается и в юношеском возрасте в 13-15% случаев и в детском 6-7% случаев. Рак щитовидной железы у женщин развивается в 3-4 раза чаще, чем у мужчин.

Рак щитовидной железы возникает в 80-90% случаев вследствие фоновых заболеваний, и в 10% является первичным заболеванием. По данным В.В. Старинского с соавт., риск малигнизации диффузного токсического зоба составляет 2,5-8,4%, а при узловой его форме - 4,6-31,4%. Данные о частоте рака щитовидной железы у больных с солитарным узлом и многоузловым зобом неоднородны. По результатам исследований ряда авторов в 14,5-21,7% случаев рак щитовидной железы возникает на фоне узлового зоба, а при множественных узлах в 10,1-25,0% наблюдений. Нередко (в среднем от 8% до 10% случаев) злокачественную трансформацию обнаруживают у больных, перенесших операцию на щитовидной железе. Так, из 6220 больных оперированных по поводу диффузного токсического зоба у 29 (0,5%) была обнаружена карцинома ЩЖ.

Не менее актуален вопрос выбора оптимальной тактики лечения пациентов с заболеваниями ЩЖ. До недавнего времени врачи-эндокринологи, хирурги имели в лечебном арсенале только консервативную терапию и хирургическое вмешательство. Оперативное лечение показано при подозрении на рак щитовидной железы, а также при больших размерах узла с проявлением компрессионного синдрома. Выполняемые объемы операций варьируют от простой энуклеации и экономной резекции до субтотальной резекции и тиреоидэктомии, что чаще определяется сложностью интраоперационной дифференциации злокачественного процесса, а также неудовлетворительными отдаленными результатами в виде рецидивов заболевания и различных осложнений. Анализ литературных данных выявил, что гипотиреоз в послеоперационном периоде встречается в 6,5-33%, кровотечения - в 2,8%, парез голосовых связок - в 4,6%, рецидив заболевания - в 6,9% и гнойно-воспалительные осложнения - в 9,4% случаев. Послеоперационный гипотиреоз является одним из наиболее распространенных и значимых осложнений у больных, перенесших оперативное вмешательство на щитовидной железе. Кононенко С.Н. считает, что в послеоперационной медикаментозной коррекции тиреоидными гормонами нуждаются до 93% пациентов. Операция позволяет быстро и радикально исцелить пациента, но является для организма тяжелой травмой, сопровождается риском развития специфических осложнений и рецидива заболевания.

Традиционное консервативное лечение основывалось на применении тироксина или радиоактивного йода. Целью консервативного лечения при доброкаче-

ственных узловых образованиях является предотвращение дальнейшего роста узлов в щитовидной железе. Более сложной задачей является уменьшение размеров уже существующего узла с помощью препаратов, содержащих тиреоидные гормоны. Радиоактивный йод не нашел широкого применения из-за высокой частоты осложнений в виде гипотиреоза и дороговизны лечения. Выявлено, что выбор консервативного метода лечения оправдан при наличии у больного доброкачественного узла, размером до 1 см в диаметре, при отсутствии факторов риска, а также клинических и цитологических признаков рака щитовидной железы. Показанием к продолжению консервативного лечения является отсутствие роста узла за период лечения и наблюдения (рост узла - это увеличение его диаметра на 5 мм от исходного за 6 месяцев). Чаще всего для супрессивной консервативной терапии доброкачественных узловых образований щитовидной железы, используют комбинированные препараты, содержащие тироксин и физиологическое количество йода. Гормональная терапия при дозах, сдерживающих секрецию тиреотропного гормона, представлена как лечение только для малых узлов и в молодом возрасте, при этом, чтобы лечение не привело к тиреотоксикозу необходимо проводить лабораторный мониторинг. Консервативное лечение узлового зоба препаратами йода и гормонами щитовидной железы, к сожалению, имеет низкую эффективность и не всегда хорошо переносится пациентами. В лучшем случае удается лишь только сдержать темп роста узла, а полный регресс его практически невозможен.

Поэтому сегодня назрела необходимость внедрения в клиническую практику новых методов лечения, которые позволили бы добиться локальной деструкции ткани узла, не оказывая при этом воздействие на окружающую паренхиму, то есть быть минимально инвазивными для больного. В течение последних 10-15 лет в мире с успехом разрабатываются и применяются малоинвазивные методы лечения, связанные с локальным непосредственным дозированным воздействием на ткань железы или отдельные ее участки химическими веществами, лекарственными препаратами или физическими факторами (температура, излучение) под контролем современной диагностической аппаратуры (УЗ, УЗДГ). К таким методам относятся чрескожное введение этанола и других склерозирующих веществ, лазерная коагуляция, диатермокоагуляция и криодеструкция ткани узлов. Последние годы широкое применение нашла склеротерапия, которая является альтернативной операцией методикой лечения некоторых заболеваний щитовидной железы. В литературе есть данные о том, что введение спирта в кисты и узлы как способ их лечения предлагалось еще в конце XIX века (Gherardt, 1882). С появлением новых склерозантов в арсенале ученых и врачей данный метод совершенствуется с каждым днем и приобретает более широкое применение.

По данным Т.Б. Моргунова, Ю.А. Мануйлова, М.Ш. Мадиярова, Н.В. Лиходей, В.В. Фадеева проведена оценка качества жизни пациентов с гипотиреозом, где сопоставлялись показатели качества жизни пациентов с узловым зобом и без патологии щитовидной железы. У всех пациентов оценивали показатели качества жизни (MOS SF-36) и уровень депрессии (шкала депрессии Бека). Практически по всем шкалам опросника SF-36 (кроме общего здоровья и ролевого эмоционального

функционирования) показатели качества жизни у пациентов с компенсированным гипотиреозом были статистически значимо ниже ($p < 0,05$), чем в группе здоровых людей. При сравнении качества жизни пациентов с гипотиреозом с качеством жизни пациентов с узловым зобом по шкалам ролевого физического функционирования ($p = 0,042$), жизнеспособности ($p = 0,015$), социального функционирования ($p = 0,0$) и психологического здоровья ($p = 0,021$) показатели пациентов с гипотиреозом были значимо хуже по сравнению с пациентами с узловым эутиреоидным зобом. При оценке выраженности депрессии сумма баллов по шкале депрессии у пациентов с компенсированным гипотиреозом была значимо выше по сравнению с результатами пациентов с узловым зобом и здоровыми людьми ($p = 0,014$). У пациентов с гипотиреозом даже при стойкой компенсации заболевания практически по всем параметрам качество жизни хуже, чем у людей без нарушения функции ЩЖ и по многим шкалам (ролевого физического функционирования, жизнеспособности, социального функционирования и психологического здоровья) хуже по сравнению с пациентами с узловым эутиреоидным зобом. Выраженность депрессии у пациентов с компенсированным гипотиреозом существенно выше по сравнению с пациентами с узловым зобом и здоровыми людьми, что может служить одной из причин ухудшения общего самочувствия этих пациентов и снижения качества жизни.

Все вышеуказанные данные свидетельствуют о высокой заболеваемости населения патологией щитовидной железы, а цифры динамических исследований и наблюдений свидетельствуют о росте данной патологии, что характеризует актуальность данной проблемы. Большое количество новейших методов диагностики, разработка и применение различных способов профилактики и лечения патологии ЩЖ в последние годы стали основным направлением работы многих ученых мира.

Литература:

1. Еспенбетова М.Ж. Изменения эндокринного статуса у жителей регионов, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону, как отдаленные последствия ядерных испытаний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Алматы, 1994. - 36с.
2. Жумадилов Ж.Ш., Жигитаев Т.Х., Баттачарджи Д., Абишева Г.Н. Совершенствование алгоритма скрининга и лечения при узловых заболеваниях щитовидной железы // Медицина. - 2003. №3.

3. Фадеев В.В. Узловые образования щитовидной железы: международные алгоритмы и отечественная клиническая практика // Врач. - 2002. №7;

4. Александров Ю.К. Морфологические и ультразвуковые особенности рецидивного узлового зоба / Ю.К. Александров, Е.А. Павлова, Ю.Н. Агапитов // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы девятого (одиннадцатого) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. - Челябинск, 2000;

5. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы / Е.А. Валдина. - СПб.: Питер, 2001.;

6. Дмитриев А.Е., Кармилов В.А., Кальченко Б.Л. и др. Диагностика рака щитовидной железы // Хирургия, 1991, №10.;

7. Жумадилов Ж.Ш., Мусинов Д.Р., Васьяковский Г.Г. Рак щитовидной железы // Акмолинский медицинский журнал, 1998, №1.;

8. Т.Б. Моргунова*, Ю.А. Мануйлова*, М.Ш. Мадиярова*, Н.В. Лиходей*, В.В. Фадеев. Качество жизни пациентов с гипотиреозом // Клиническая и экспериментальная тиреология. 2010. № 2.

9. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: Учеб. пособие / Под ред. Шевченко Ю.Л. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.

10. Балаболкин М.И. Решенные и нерешенные вопросы эндемического зоба и йододефицитных состояний // Проблемы эндокринологии. 2005. №4.

11. Федеев А.А. и др. Десятилетний опыт хирургического лечения заболеваний щитовидной железы / Современные аспекты хирургической эндокринологии // 16-ый международный симпозиум по хирургической эндокринологии. Саранск, 2007.

12. Черкасов В.А. и др. Диагностика, лечение и профилактика послеоперационного рецидивного узлового зоба // Хирургия. 2004. №4.

13. Ванушко В.Э., Кузнецов Н.С., Ланцаков К.В. Прогноз хирургического лечения дифференцированного рака щитовидной железы // Пробл. эндокринологии. 2007. №6.

14. Bianchi P., Zaccheroni V., Solaroli E. et al. Health-related quality of life in patients with thyroid disorders // Quality of Life Research. 2004.

15. В.И. Качан, Т.В. Мохорт, Н.Д. Коломиец, В.П. Филонов, С.В. Петренко, З.В. Забаровская, Н.Б. Гусина, Г.А. Герасимов. Стратегия устранения йодного дефицита в республике Беларусь: оценка результатов 10-летней работы // Клиническая и экспериментальная тиреология. 2010. № 3.

Тиреодология мәселелеріне қазіргі заманғы көзқарас

Д.К. Алдынгуров, Т.А. Булегенов, Г.Г. Васьяковский, А.А. Кусайнов

Берілген мақалада, тиреодологияның қазіргі заманғы қиындықтарының, бүгінгі күнгі жағдайының сұрақтары бойынша әдебиеттердің жиынтығы берілген. Мына сұрақтар бойынша мәселелер қарастырылады: йододефицит және йодтың төмен деңгейде қабылдануы; қалқанша безі ауруларының таралуы және динамикасы; тиреодологиядағы онкологиялық асқынулар; қалқанша безінің аурулары бар науқастарды оптималды емдеу тактикасын таңдау сұрағы; науқастардың өмір сүру сапасын бағалау және т.б.

The modern view of the thyroidology problems

D.K. Aldyngurov, T.A. Bulegenov, G.G. Vaskovskiy, A.A. Kusainov

This article has an overview of literature of modern problems in thyroidology. In particular, the following issues reveals in this article: iodine deficiency and decision of low iodine intake, the prevalence and dynamics of thyroid diseases; choosing the optimal treatment tactic in patients with thyroid diseases; assessment of life quality of patients, etc.