

ІНШІ ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

УДК 616.441-07-89

АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ВУЛОВИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Р.М. Січінава, О.С. Ларін, С.М. Черенько, М.Б. Горобейко

*Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин*

Резюме. В статті надані алгоритми обстеження та лікування пацієнтів з вузовими новоутвореннями. Застосування сучасних підходів до діагностики та лікування за допомогою алгоритмів дозволяють проводити планування та покращити якість медичної допомоги, а також якість життя пацієнтів із вузовими новоутвореннями.

Ключові слова: щитоподібна залоза, вузлові новоутворення, рак, медична допомога.

Вступ. Підвищення інтересу до проблем патології щитоподібної залози за останні роки спричинене її зростаючою поширеністю серед населення України. Захворюваність на злоякісні новоутворення щитоподібної залози (ЩЗ) та їхня розповсюдженість характеризуються невпинним зростанням як у всьому світі, так і в нашій державі. В структурі загальної онкологічної захворюваності злоякісні пухлини ЩЗ займають біля 2%. Проблема набула особливої гостроти після аварії на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС), наслідком якої стало різке зростання частоти розвитку раку ЩЗ (РЩЗ), особливо в регіонах, що найбільше постраждали [1].

Викликає занепокоєння і те, що в останні десятиліття поступово це захворювання «молодіє»: якщо раніше його вважали раком старшого віку, то зараз середній вік захворілих на цю недугу - 45-50 років, а найбільш вразливим контингентом є діти, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС). Відмічається зростання захворюваності переважно за рахунок осіб молодого віку. РЩЖ приблизно в п'ять разів частіше виникає у жінок, ніж у чоловіків [2].

На сьогодні вже науково підтверджено ріст кількості випадків РЩЖ серед населення України, яке постраждало внаслідок радіаційного впливу після аварії на Чорнобильській АЕС. Тривалість періоду, за який може відбутися розвиток радіаційно-індукованого раку щитоподібної залози, ще остаточно не встановлена, але вважають, що цей період може сягати 30-45 років [3, 4, 5].

Аналіз даних клініко-морфологічного реєстру Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України встановив, що за

період 1986–2010 рр. в Україні через РЩЗ прооперовано 6021 людину, яким на момент аварії було від 0 до 18 років, з морфологічно підтвердженим діагнозом «рак щитовидної залози», серед яких 74,0 % перебували у дитячому віці (0–14 років на час аварії) і 26,0 % - у підлітковому (15–18 років на час аварії) [6, 7, 8].

І хоча певний відсоток зростання захворюваності пов'язаний з впровадженням у клінічну практику сучасних методів обстеження хворих, все ж існують дані про дійсне зростання захворюваності на РЩЗ, що обумовлено цілою низкою чинників, в тому числі і впливом факторів довкілля [9].

На сьогодні за даними ВООЗ структура РЩЖ представлена наступним чином: папілярний рак 65-80%, фолікулярний рак – 9-20%, медулярний рак - 2-10% анапластичний, рідкі форми - 0,01- 0,6%. Якщо порівнювати показники захворюваності РЩЗ в різних країнах та їх окремих регіонах, то вони можуть сильно варіювати. У країнах Європи середні показники складають 1,2-3 на 100 тис. населення. Низькі показники захворюваності РЩЗ відзначають в Голландії, Словаччині, Данії [10]. Наведені дані можуть свідчити про залежність розвитку РЩЗ від навколишнього середовища, а також від етнічних (популяційно-генетичних) факторів ризику даної патології. Помічено, що відносний ризик розвитку РЩЗ в 10 разів вище у родичів пацієнтів з РЩЗ [11].

Таким чином, проблема РЩЗ, його рання діагностика, адекватне лікування та післяопераційна реабілітація хворих залишається актуальною в усьому світі.

Мета дослідження - розробка та наукове обґрунтування алгоритму діагностики, лікування і післяопераційного моніторингу (реабілітації) хворих на рак щитоподібної залози, які приймали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС на тлі її супутньої патології.

Матеріали та методи дослідження. Здійснено аналіз прийнятих в Україні стандартів хірургічного лікування РЩЗ, узагальнено дані вітчизняних та закордонних джерел інформації стосовно показань та операцій на щитоподібній залозі. Проаналізовано досвід лікування 2054 хворих на РЩЗ у Українському ННЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин за період 1984-2012 рр. У дослідження включено пацієнтів із достовірною інформацією про результати лікування. Розподіл хворих на клініко-статистичні групи здійснювався за клініко-морфологічними ознаками та підходами до хірургічного лікування. Порівнянню підлягали результати лікування із застосуванням традиційної та радикальної тактик.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними вітчизняних дослідників проблеми РЩЗ, після аварії на ЧАЕС з 1990 року в Україні встановлено значне збільшення цієї захворюваності серед дітей та підлітків. За

статистичними даними, тільки з 1986 по 2001 рік в Україні прооперовано 2371 особу віком від 0 до 18 років на момент аварії. Серед них 1639 хворих були в дитячому віці (0-14 років) та 697 хворих - у підлітковому (15-18 років). У той же час, починаючи з 1987 року, коли дія J^{131} була відсутня, серед дітей, що народилися після аварії, зареєстровано лише 35 випадків цього захворювання. Оскільки пік цієї захворюваності ще попереду, а післядія “чорнобильського” J^{131} ще триватиме, виникає нагальна необхідність проведення своєчасної діагностики та лікування раку ЩЗ шляхом довгострокових скринінгових обстежень осіб, які на момент Чорнобильської катастрофи перебували у дитячому або підлітковому віці та проживали на забруднених радіоїодом територіях, що дозволить зберегти повноцінне життя тисячам людей, які постраждали у результаті аварії на ЧАЕС [12].

Досвід вивчення впливу Чорнобильської катастрофи на здоров'я людини переконливо свідчить про те, що сьогодні він реалізувався, перш за все, в значному підвищенні захворюваності на РЩЗ серед дітей та підлітків України. Це зумовлено тим, що у перші дні після аварії на ЧАЕС в атмосферу було викинуто величезну кількість радіоактивного йоду. Основну масу (біля 80%) складав J^{131} , іншу частину - короткоживучі радіонукліди $J^{132-135}$. Небезпека надходження радіонуклідів йоду в ЩЗ людини та тварин існувала протягом 2,5 місяців після аварії, тобто часу, що дорівнював десяти періодам напіврозпаду J^{131} .

Існування значних розбіжностей у підходах до лікування РЩЗ навіть у межах спеціалізованих установ України, не кажучи вже про всі медичні заклади країни, відсутність єдиних протоколів обстеження та лікування цього захворювання разом із підвищеною агресивністю його в опромінених осіб становлять серйозну медичну та соціальну проблему для держави, де налічується близько 1000000 осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, чверть із них складають ліквідатори аварії. Невчасність діагностики призводить до збільшення кількості занедбаних випадків захворювання із сумнівним прогнозом одужання. Нерадикальність первинного хірургічного втручання вимагає повторних хірургічних втручань із високим рівнем ускладнень, збільшення кількості курсів радіоізотопного лікування та зниженням його ефективності. Недосконала система моніторингу викликає додаткове погіршення результатів довгострокового безрецидивного виліковування та 5-10-річного виживання пацієнтів із раком щитоподібної залози.

Відсутня точна статистика охоплення пацієнтів України сучасним комбінованим радикальним лікуванням, немає реальних даних відносно частоти рецидивів та ускладнень хірургічного лікування. За вибірковими даними, такі наслідки операцій, як парез гортані та гіпокальціємія,

зустрічаються у 5-10 разів частіше, ніж у спеціалізованих клініках світу, а повторні втручання внаслідок нерадикального первинного лікування не аналізуються через відсутність послідовності спостереження пацієнтів.

Лікування починається невчасно через недосконалу діагностику, недостатнє впровадження точних морфологічних методів – тонкогolkової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) та експрес-інтраопераційної біопсії. Імуно-цитохімічні маркери РЩЗ майже недоступні. Не існує жодної лабораторії з генетичного аналізу причинних мутацій за спадкових варіантів медулярного РЩЗ, який з успіхом проводиться у більшості країн Європи, США, Азії.

Тому дослідження РЩЗ у дорослих, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, з метою розробки найбільш доцільних стандартизованих схем діагностики та лікування цього захворювання є актуальною та соціально значущою проблемою для України.

На основі багаторічних власних досліджень і світового досвіду нами розроблені алгоритми обстеження та лікування вузлових утворень щитоподібної залози, РЩЗ у ліквідаторів аварії на ЧАЕС (рис.1, 2). Запропоновані алгоритми дозволяють проводити планування та надавати спеціалізовану медичну допомогу хворим з ендокринною патологією.

Розроблені алгоритми допоможуть лікарям різного профілю краще орієнтуватися у проблемі, стандартизувати основні показники контролю та свідомо ними користуватися.

Висновки

1. Застосування сучасних підходів до діагностики та лікування за допомогою алгоритму дозволяють покращити якість медичної допомоги, а відтак і якість життя пацієнтів із вузловими новоутвореннями та раком щитоподібної залози.

2. Аналіз чинних клінічних протоколів лікування раку щитоподібної залози, сучасних адекватних інформаційних джерел, клінічного досвіду Українського НПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин при цій патології засвідчують необхідність перегляду відповідних універсальних клінічних протоколів, приведення їх у відповідність до сучасних вимог до медико-технологічних стандартів та можливості створення на їх основі реальних для застосування локальних клінічних протоколів.

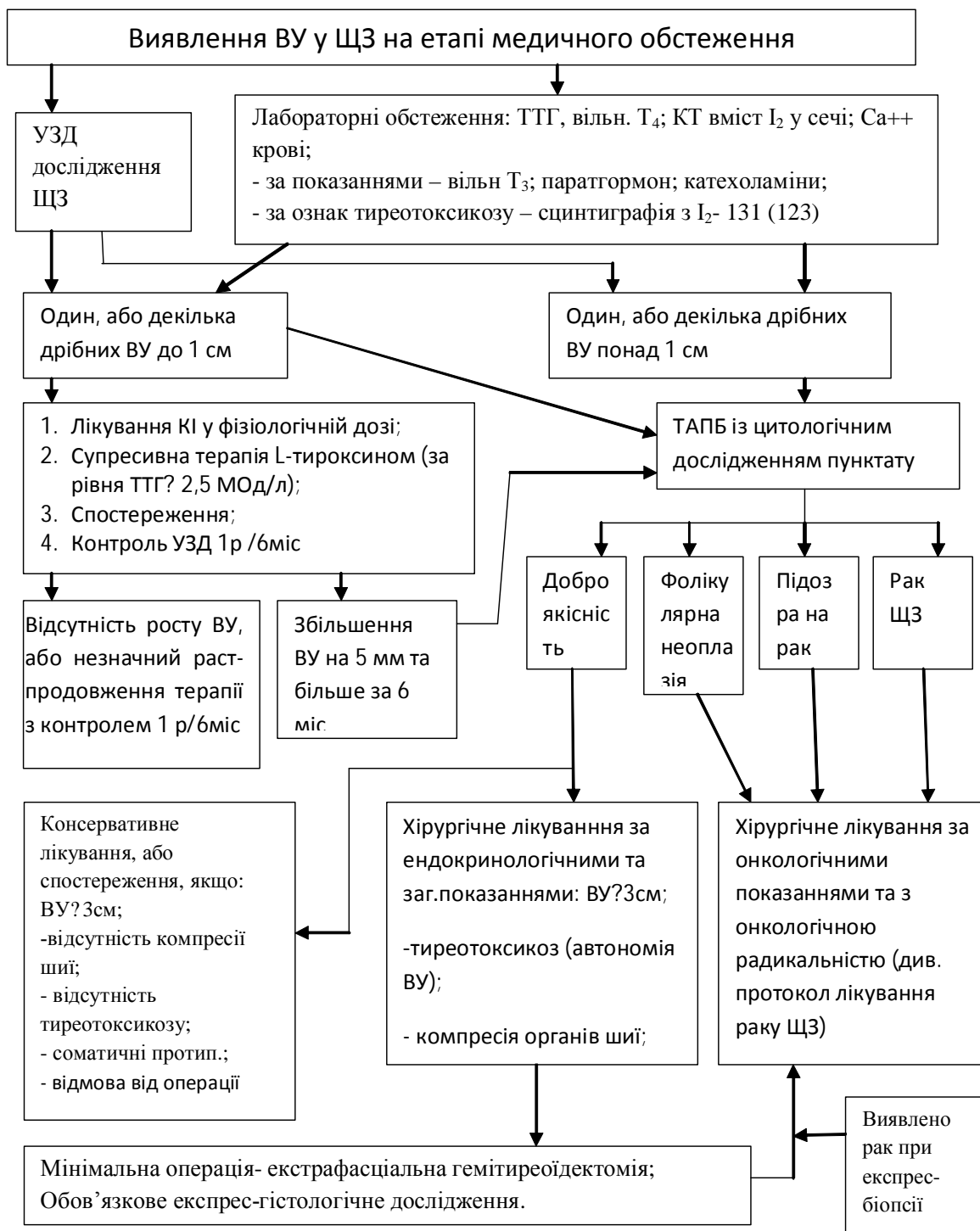


Рис. 1. Алгоритм обстеження, лікування та спостереження хворих із вузловими утвореннями щитоподібної залози із числа ліквідаторів ЧАЕС

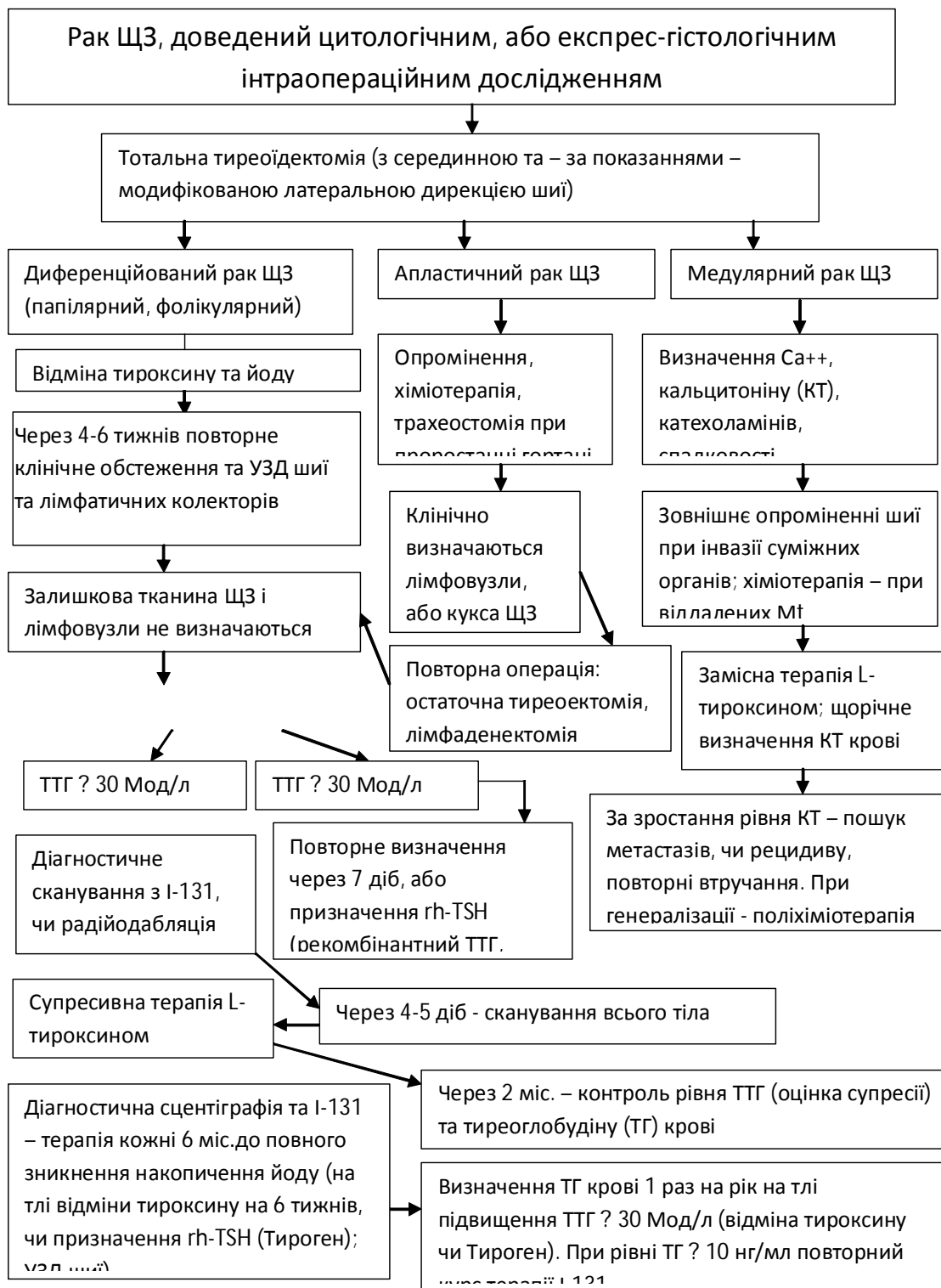


Рис. 2. Алгоритм лікування хворих із вузловими утвореннями (ВУ) та раком щитоподібної залози (ЩЗ)

Література

1. Возіанов О.Ф. Чорнобиль та медична наука / О.Ф.Возіанов // Журнал АМН України. – 2006. – Т. 12, № 1. – С. 5-15.
2. Присяжнюк А.Е. Эпидемиология рака щитовидной железы в Украине с учетом влияния последствий аварии на Чернобыльской АЭС / А.Е. Присяжнюк, Н.Н. Фузик, А.Е. Романенко, З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, Е.Л. Горох // Рак щитовидной железы. Эпидемиологические, радиобиологические и иммуноэндокринологические аспекты с обоснованием иммунотерапии: Монография; под ред. Ю.А. Гриневича, А.А. Чумака. – К.: Здоров'я, 2011. – С. 29 – 65.
3. Д. Гофман. Чернобыльская авария: Радиационные последствия для настоящего и будущих поколений /Пер. с англ. Э.И. Волмянского, О.А. Волмянской. — Мн.: Высшая школа, 1994. – 547 с., ил.
4. Tuttle RM. Risk-adapted management of thyroid cancer.// *Endocr Pract.*-2008.–№ 14.–P.764-774.
5. Tuttle RM, Leboeuf R. Follow up approaches in thyroid cancer: a risk adapted paradigm. // *Endocrinol Metab Clin North Am* 2008.– 37(2).–P.419-435.
6. Бузунов В.А. Актуальные проблемы эпидемиологии медицинских последствий в отдаленном периоде аварии на ЧАЭС // Епідеміологія медичних наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. 20 років по тому. Міжнародна науково-практична конференція. Київ, 9–10 жовтня 2007 р. Тези доп. – Донецьк: Вебер (Донецька філія), 2007.- С. 35-36.
7. Базыка Д.А. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения городов Украины с предприятиями ядерно-энергетического производства / Д.А.Базыка, А. Е. Присяжнюк, А.Е. Романенко, З.П.Федоренко, Н.А. Гудзенко, Н.Н.Фузик, Е.Н. Хухрянская, Н.К.Троцюк, Л.О.Гулак, Е.Л.Горох, Е.В. Сумкина // Радиация и риск. – 2011. – Т. 20, № 3. – С. 58 – 68.
8. Гудзенко Н. А. Стан здоров'я учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС / Н. А. Гудзенко, Ю. С. Войчулене, Л. І. Краснікова, В. А. Цуприков // 25 років Чорнобильської катастрофи. Безпека майбутнього : Національна доповідь України. – К.: КІМ, 2011.– С. 127 – 136.
9. Фадєєв В. Вузли утворення щитоподібної залози: міжнародні алгоритми та вітчизняна клінічна практика / В.Фадєєв // Променева діагностика, променева терапія. – 2002. – № 4. – С.7–12.
10. Nagataki S., Nystrom E. Epidemiology and Primary Prevention of Thyroid Cancer // *Thyroid.* – 2002. – Vol. 12(10). – P. 889–896.
11. Pal T., Vogl F.D., Chappuis P.O. et al. Increased risk for nonmedullary thyroid cancer in the first degree relatives of prevalent cases of nonmedullary thyroid cancer: a hospital-based study // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2001. – Vol. 86. – P. 5307–5312.

12. Комиссаренко И. В. Клинико-морфологическая характеристика и тактика хирургического лечения папиллярного рака щитовидной железы у детей и подростков / И. В. Комиссаренко, С. И. Рыбаков, Т. И. Богданова // Международный журнал радиационной медицины. – 2001. – Т. 3, № 1-2. – С. 212-216.

Резюме. В статье предоставлены алгоритмы обследования и лечения пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы. Применение современных подходов к диагностике и лечению с помощью алгоритмов позволяют проводить планирование и улучшить качество медицинской помощи, а также качество жизни пациентов с узловыми новообразованиями щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа, узловые новообразования, рак, медицинская помощь.

Summary. The article provided algorithms inspection and treatment of thyroid nodules. The use of modern approaches to the diagnosis and treatment of the algorithms allow for planning and to improve the quality of care and quality of life of patients with nodular tumors.

Keywords: thyroid, catches tumors, cancer, medical care.

УДК 616-097:616.321-053-07

ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ФАРИНГОТОНЗИЛІТ, ЗА РІЗНОГО ЕТІОЛОГІЧНОГО ЧИННИКА

О.К. Колоскова, У.І. Марусик, О.В. Белашова,

*Р.Ю. Білейчук, І.Б. Горбатюк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Резюме. Обстежено 29 дітей із гострим тонзилофарингітом стрептококової та нестрептококової етіології. У пацієнтів із гострим тонзилофарингітом, зумовленим в-гемолітичним стрептококом групи А, виявлено чітку тенденцію до підвищеного відносного вмісту CD 8-лімфоцитів у периферичній крові, що опосередковано вказує на бактеріальний запальний процес. Практично у кожній другій дитині, хворої на гострий стрептококовий тонзилофарингіт, відмічався знижений відносний вміст CD 22-лімфоцитів (нижче 18,0%), при цьому співвідношення шансів реєстрації гострого тонзилофарингіту стрептококової етіології становило 7,2 (95%ДІ 3,4-15,4), що асоціювало із нейтрофілопосередкованою імунною відповіддю. Визначено клінічно-епідеміологічний ризик і