



ФГБУ ДПО «Центральная государственная
медицинская академия» Управления делами
Президента Российской Федерации

Научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ И ДИАБЕТОЛОГИИ

Центрального
федерального
округа
Зимняя
сессия

ТЕЗИСЫ



1
ДЕКАБРЯ
2023

Москва, Вознесенский пер., 7, отель «Арткорт Москва Центр»

<http://endoconference.ru>

СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Сафьянова А.Д.

asafianova@mail.ru

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

Актуальность. В сфере гемодиализа произошел значительный прогресс, способствующий улучшению качества жизни и ее продолжительности у пациентов с сопутствующими патологическими состояниями, включая заболевания щитовидной железы (ЩЖ). У больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в терминальной стадии, получающих программный гемодиализ, могут возникать различные нарушения ЩЖ. ЩЖ участвует в регуляции обмена веществ в организме и является одним из основных эндокринных органов. ХПН, требующая программного гемодиализа, является серьезным заболеванием, которое может сказываться на функции ЩЖ.

Цель исследования: изучение статуса ЩЖ у больных с ХПН в терминальной стадии, находящихся на программном гемодиализе.

Методы исследования. В 2018 году в Национальном научном центре трансплантации органов и тканей человека МЗ РТ было проведено исследование тиреоидного статуса 160 (100%) больных с терминальной стадией ХПН. Пациенты были разделены на группы в зависимости от степени увеличения ЩЖ и активности тиреоидита. У некоторых больных был диагностирован диффузный зоб первой степени с тиреотоксикозом легкой и средней степени тяжести – 8 (18,1%), второй степени – 12 (27,2%), из них с тиреотоксикозом легкой степени – 8 (18,1%) и средней степени – 4 (9%) больных. Каждому пациенту проводили опрос, антропометрию, сонографию и общеклиническое обследо-

вание с пальпацией ЩЖ. Также измеряли концентрацию ТТГ, тироксина (св. Т4) и трийодтиронина (св. Т3) в крови. Размеры ЩЖ определялись с помощью эхографии, где увеличение в пределах 30% соответствовало степени II, от 30 до 50% – степени III, более 50% – степени IV и выше. Обследованы 44 пациента с ХПН и зобом, включая мужчин и женщин в возрасте от 18 до 59 лет. Все пациенты получали бикарбонатный диализ не менее 1 месяца и положительно реагировали на лечение. Продолжительность лечения гемодиализом варьировала от 3 до 24 месяцев. Большинство пациентов получали ПГД в качестве заместительной терапии. Также перед анализом необходимо было исключить препараты, влияющие на функцию щитовидной железы.

Результаты. В ходе настоящего исследования были проведены анализ кровотока при ХПН с зобом ЩЖ и оценка изменений в обмене тиреоидными гормонами. Было выявлено, что в очагах заболевания наблюдается резкое снижение или полное отсутствие кровотока. У пациентов, получающих программный гемодиализ, были обнаружены нарушения обмена тиреоидных гормонов, подтвержденные результатами клинического исследования и анализа уровня гормонов. Наибольшее увеличение ЩЖ наблюдалось у пациентов, проходящих программный гемодиализ более года, по сравнению с пациентами в додиализном периоде или проходящими гемодиализ менее года. Диагноз зоба ЩЖ был поставлен у 38 пациентов с ХПН и у 44 пациентов на гемодиализе. Патология ЩЖ не была выявлена у 116 больных ХПН на программном гемодиализе. При исследовании тиреоидного статуса было обнаружено повышение уровня свободного Т3 у 12 пациентов, свободного Т4 у 18 пациентов и одновременное повышение обоих гормонов у 10 пациентов. Гипертиреоз был выявлен в 36,3% случаев у пациентов с зобом ЩЖ. У 28 пациентов было выявлено эутиреоидное состояние. Полноценное проведение программного гемодиализа затруднено у пациентов с ХПН и зобом ЩЖ, так как они имеют нарушения нервной и сердечно-сосудистой систем, а также ряд других симптомов. Гипотиреоз и тиреотоксикоз увеличивают риск осложнений и ухудшения функции почек. Увеличение объема ЩЖ у больных ХПН связано с повышени-

ем содержания йода в крови и ткани, что приводит к развитию зоба ЩЖ. Эти результаты были подтверждены клиническим исследованием.

Выводы. Увеличение заболеваний ЩЖ чаще наблюдается у пациентов с ХПН, которые проходят программный гемодиализ более года. Гипотиреоз и тиреотоксикоз увеличивают риск осложнений и ухудшения функции почек. Увеличение объема ЩЖ у больных ХПН связано с повышением содержания йода в крови и ткани, что вызывает развитие зоба ЩЖ. Эти результаты были подтверждены клиническим исследованием. Однако, несмотря на все усилия, проблема результатов программного гемодиализа у пациентов с ХПН и сопутствующим зобом ЩЖ, а также у пациентов, у которых специфические изменения появились после начала программного гемодиализа, остается актуальной.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕ ГЕМИТИРЕОИДЭКТОМИИ

Барабанова А.А.

arinab307@gmail.com

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

Актуальность. Гемитиреоидэктомия – это операция, при которой удаляется только одна доля щитовидной железы. Часто используется для лечения рака ЩЖ. Большинство пациентов с высокодифференцированной опухолью проходят эту операцию, и лишь небольшой процент из них имеет рецидив рака при повторной операции, что свидетельствует о ее эффективности.

Цель исследования: определение необходимости повторной хирургической операции после удаления половины щитовидной железы при подтвержденном гистологически высокодифференцированном раке щитовидной железы.

Материалы и методы. Были изучены результаты лечения 708 пациентов с цитологическим заключением о фолликулярной опухоли (ФО) размером до 3,0 см, проходивших лечение в отделении эндокринной хирургии ГБУЗ «ККБ № 2» г. Краснодара с 2015 по 2018 г. **Результаты.** Из 191 пациента с высокодифференцированным раком щитовидной железы 48 (25%) были подвергнуты повторной операции, но только у 2 (4,16%) из них был подтвержден рак при гистологическом исследовании. Это показывает, что повторная операция не рекомендуется для пациентов с высокодифференцированным раком ЩЖ, за исключением случаев медуллярного рака.

Выводы. Анализ показал, что повторная операция не рекомендуется для пациентов с высокодифференцированным раком щитовидной железы, за исключением случаев медуллярного рака. Это связано с низкой частотой подтверждения рака (4,16%) и увеличенным риском послеоперационных осложнений при удалении оставшейся части щитовидной железы.

РАЗЛИЧИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ДЕФИЦИТА ГОРМОНА РОСТА И ПАНГИПОПИТУИТАРИЗМА У ДЕТЕЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Данилова А.Д.

aleksandra.danilova05@mail.ru

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

Актуальность. Рост ребенка – важнейший показатель здоровья, задержка роста чаще всего связана с эндокринной патологией. Дефицит гормона роста – самый распространенный вариант дефицита гормонов гипофиза у детей и встречается как отдельно, так и совместно с пангипопитуитаризмом (ПГП). Выражается низкорослостью, повышением жировой и понижением мышечной массы, метаболическим синдромом, наруше-

нием метаболизма глюкозы и липидного состава крови, увеличением белка и цитокинов.

Цель исследования: дать оценку эффективности проводимого лечения в реальной клинической практике, используя сравнительный анализ динамики показателей роста при изолированном дефиците гормона роста (ИДГР) и ПГП. Длительная заместительная терапия рекомбинантными гормонами роста.

Материалы и методы. В центре эндокринологии детей изучили медицинские карты 54 детей в возрасте от 3 до 18 лет с диагнозом ПГП, а также ИДГР. Анализ показателей, анамнез, лабораторные исследования и результаты тестов визуализации. Для оценки костного возраста пациенту проводят МРТ головного мозга. При подозрении на наследственное заболевание проводят молекулярно-генетическое исследование с целью нахождения различных мутаций в генах. Также есть такой показатель, как уровень инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) а также ИФР-связывающего белка 3-го типа (ИФРСБ-3).

Результаты. При обследовании 54 пациентов (из которых 60% мальчики и 40% девочки) пациенты с ИДГР составили 73%, а с ПГП – 29%. В начале лечения низкорослость установлена у 40 детей. На момент постановки диагноза приблизительное значение SDS по росту у пациентов с ИДГР было -2,4, по завершении -1,5; в группе с ПГП SDS по росту перед лечением -2,4, по завершении терапии -0,6. Максимальный уровень СТГ в стимуляционных тестах перед лечением в группе с ИДГР составил $6,9 \pm 4,9$ нг/мл; а в группе с ПГП – $3,7 \pm 2,9$ нг/мл. В момент постановки диагноза показатель ИФР-1 был ниже нормы у 73% детей, в конце лечения – у 42%; в группе с ПГП уровень ИФР-1 имел значение ниже в сравнении с группой ИДГР (в 72,1% случаев). При ПГП зафиксировано сохранение уровня низких значений ИФР-1 у 58% детей в момент завершения применения ГР в терапевтических дозах. При оценке костного возраста выявлено, что до лечения в группе ИДГР среднее значение костного возраста было 2 года 6 месяцев ($\pm 1,3$), после – 9 лет и 4 месяца (± 4 года); с ПГП до лечения – 3 года 3 месяца ($\pm 2,8$), после лечения – 8 лет 4 месяца (± 4 года). Во время проведения МРТ у 38,2% пациентов были обнаружены патология гипофиза и удаленные ранее злокачественные новообразования (опухоли). Динамика роста в среднем за время проведения лечения у пациентов

с ИДГР – $7,0 \pm 1,63$ см в год, с ПГП – $5,9 \pm 2,69$ см в год. Все пациенты из группы с ПГП во время лечения ГР одновременно принимали десмопрессин, левотироксин, гидрокортизон.

Выводы. В реальной клинической практике значительную динамику ростовых показателей, более выраженную у пациентов с ПГП, показал сравнительный анализ эффективности проводимого лечения препаратами гормона роста. Рекомбинантным гормоном роста (левотироксин, глюкокортикоиды) назначают лечение после постановки диагноза ПГП. С введением в практику рекомбинантного гормона роста появилась возможность длительной заместительной терапии, которая обеспечивала не только ростовой эффект, но и нормализацию нарушений в метаболизме, приводящую к снижению смертности и количества детей-инвалидов.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТИРЕОИДНОГО ОСТАТКА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМ ЗОБОМ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Гордиенко Б.М.

bogdan.gordiyenko04@bk.ru

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

Актуальность. Возможность злокачественного роста у пациентов с рецидивным зобом является главным фактором вторичных операций. Оснащение карциномы может быть обнаружено у пациентов, которым была выполнена операция по поводу многоузлового зоба с компрессией органов шеи или с рецидивами диффузного токсического зоба.

Цель: оценить риск злокачественного поражения тиреоидного остатка у больных с рецидивным зобом и обосновать хирургическую тактику в этой группе больных.

Материалы и методы. Для достижения цели был проведен ретроспективный анализ данных 2628 пациентов с разными заболеваниями щитовидной железы, прооперированных в Московском центре эндокринной хирургии в период с 2000 по 2016 год. Из них 132 (5,05%) пациента были подвергнуты хирургическому вмешательству в первую очередь с рецидивом зоба. Женщины составляли подавляющее большинство этой группы (96,3%), в то время как мужчин было всего 4 (3,7%). Соотношение между мужчинами и женщинами составило 1:25. Возраст пациентов составил 50 ± 4 лет.

Результаты. Исследование показало, что новая болезнь тиреоидного остатка была обнаружена в 13,9 % случаев из группы, состоящей из 1097 пациентов с рецидивным зобом. Рак щитовидной железы в тиреоидном остатке был обнаружен в 35,7% случаев, или 4,9% от общего числа пациентов с рецидивным зобом. Средний возраст пациентов с раком щитовидной железы в рецидивном зобе составил 54 ± 13 лет. Мужчин было 7 (13,2%), женщин – 51 (1:7,3), то есть доля мужчин оказалась выше, чем в основной группе, в 3,5 раза. Диагностика рака оказалась наиболее сложной у пациентов, ранее оперированных по поводу узловых форм зоба с многоузловой деформацией тиреоидного остатка. Участие тонкоигольной аспирационной биопсии в выявлении рака на фоне рецидивного зоба, согласно данным, составило не более 43%.

Выводы.

1. Рак щитовидной железы в тиреоидном остатке как новое заболевание наблюдается в 5,3% случаев у пациентов, ранее оперированных по поводу доброкачественной патологии щитовидной железы.
2. На фоне многоузловой трансформации тиреоидного остатка и изменений топографических соотношений и рубцовой ткани после прошлой операции возможности тонкоигольной аспирационной биопсии уменьшаются.
3. Принятие активной хирургической тактики, сформированной на общей оценке клинических, ультразвуковых и цитологических данных у пациентов с многоузловой трансформацией тиреоидного остатка, является обоснованным. Оптимальной операцией в таких случаях является резекция щитовидной железы до объема тиреоидэктомии.

4. Рекомендуется выполнение хирургических вмешательств по поводу многоузлового зуба, особенно при рецидивах, в специальных центрах, чтобы снизить риск диагностических, тактических и технических ошибок благодаря опыту, накопленному хирургами и морфологами.

Сердечно-сосудистые риски при сахарном диабете

Добрынина А.А.

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова*

Введение. Сахарный диабет (СД) является одним из самых сильных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). По своей природе СД делится на два типа (СД1 и СД2). Доказано, что в 50% случаев СД1 и в 80% СД2 наблюдаются ранняя инвалидизация, летальные исходы*. Возникает вопрос: как именно СД влияет на риск ССЗ?

Цель: оценить влияние СД1 и СД2 на риск сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы. Повышенный уровень сахара в крови вызывает снижение нормальных функций сосудов. Уменьшается их гибкость, проницаемость, ухудшается общее состояние сердечно-сосудистой системы, в результате чего сосуды не могут полноценно выполнять функцию питания органов и тканей. СД является одной из важнейших проблем медицины. По предварительным данным, к 2025 году число заболевших составит около 333 млн человек**. В среднем продолжительность жизни у людей с СД на 10 лет меньше среднестатистической. Основной причиной смерти являются ССЗ. В исследовании DECODE было обнаружено, что СД повышает риск патологии в 2 раза. По-

* По данным «Рекомендации ESC/EASD по сахарному диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям».

** По данным ВОЗ.

хожее исследование M. Coutinho показало, что уровень гликемии 7,8 ммоль/л повышает риск заболеваний сердца в 1,58 раза. СД неизбежно сопряжен с риском ССЗ. В ряде исследований, проведенных в 2002–2014 годах, не было выявлено случаев, когда диабет снижал бы этот риск. Поднимая вопрос о том, какой тип диабета опаснее, исследование Ceriello показало, что СД2 приводит к более выраженным ССЗ, что может служить основанием считать СД2 более опасным. Еще одну работу ACCORD пришлось завершить досрочно. Причиной послужило увеличение смертности в контрольной группе.

Выводы. СД является серьезным фактором, повышающим риск ССЗ. Как правило, заболевания у людей, страдающих СД, проходят в более тяжелой форме: гораздо выше вероятность инвалидизации и преждевременного летального исхода. По усредненным данным, СД повышает вероятность ССЗ в два раза.