

На правах рукописи



Погосян Гагик Эдуардович

**Инвалидность взрослого населения вследствие рака щитовидной железы,
комплексный подход к медико-социальной реабилитации и оптимизации
первичной профилактики инвалидности**

3.1.33. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура,
курортология и физиотерапия

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения

Автореферат
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2023

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии»

Научные консультанты:

член-корр. РАН

доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук, доцент

Гречко Андрей Вячеславович

Шургая Марина Арсеньевна

Официальные оппоненты:

Александрова Оксана Юрьевна – доктор медицинских наук, профессор
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»,
заместитель директора по научной работе и образованию

Карасаева Людмила Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор,
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,
кафедра организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации, заведующий кафедрой

Севастьянов Михаил Александрович – доктор медицинских наук, доцент, Санкт-Петербургское государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания «Дом-интернат для престарелых и инвалидов №1», директор

Ведущая организация: федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится « 20 » декабря 2023 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.23 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1) и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан « _____ » _____ 2023 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, доцент



Конева Елизавета Сергеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В настоящее время распространенность болезней щитовидной железы растет. Актуальной клинической проблемой являются узловые образования щитовидной железы (Бельцевич Д.Г. с соавт., 2017; Каприн А.Д. с соавт., 2018, Петрова Г.В. с соавт., 2017, Naugen B.R. et al., 2016; Mayson S.E. et al., 2019; Pacini F. et al., 2018), патологическое значение которых связано с необходимостью исключения рака щитовидной железы (Качко В.А. с соавт., 2018; Новосад С.В. с соавт., 2019; Bray F. et al., 2018; Floridi C. et al., 2019; Pizzimenti C. et al., 2022; Schenke S. et al., 2019).

Распространенность рака щитовидной железы колеблется в широких пределах в зависимости от региональных особенностей эпидемиологии этого злокачественного заболевания. Наиболее распространенный гистологический вариант рака щитовидной железы – дифференцированный рак (папиллярный и фолликулярный гистотипы), который составляет около 85–95% всех случаев (Боголюбова А.В. с соавт., 2019; Dideban S. et al., 2016; Grani G. et al., 2017).

Нарушения функций организма вследствие злокачественных новообразований и ассоциированные с ними ограничения жизнедеятельности обуславливают стойкое нарушение здоровья населения и изменение медико-социального статуса граждан (инвалидность) (Коврижных Ю.А. с соавт., 2019; Пузин С.Н. с соавт., 2019; Шургая М.А., 2016; Kocarnik J.M. et al., 2022; Zhai M. et al., 2021). Основу для осуществления эффективных реабилитационных мероприятий, восстановления трудоспособности, реализации целей «равенства» и «полного участия» инвалида (инклюзии) в социальной жизни общества и профилактики прогрессирования инвалидности составляет комплексная оценка состояния здоровья индивида на основе принципов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001) в соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов (2006 г.), ратифицированной Российской Федерацией в 2012 г. (Федеральный закон № 47-ФЗ от 03.05.2012 г.). Изучение качества жизни и интенсивности проявления симптомов заболевания с использованием опросного листа позволяет управлять реабилитационным процессом (Шмеркевич А.Б. 2015, Busija L. et al., 2020; Luddy M.K. et al., 2021)

Мониторинг онкологических заболеваний в популяции рассматривается как важнейшая задача, которая должна решаться в ходе борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями (Каприн А.Д., с соавт., 2019; Kocarnik J.M. et al., 2022).

Степень разработанности темы исследования

Заболеваемость раком щитовидной железы демонстрирует тенденцию к росту и является актуальной проблемой научных исследований [Абросимов А. Ю. с соавт., 2010, Абросимов А. Ю. с соавт., 2018, Новосад С. В. с соавт., 2019, Газизова Д. О. с соавт., 2011, Понкина О. Н., 2017, Бельцевич Д. Г. с соавт., 2017, Naugen B.R. et al., 2016, Cabanillas M.E. et al., 2015, Schlumberger M. et al., 2016, Li W. et al., 2018, F. Pacini et al., 2010, Chaigneau E. et al., 2018]. В работах, посвященных этой актуальной проблеме охраны здоровья населения, подчеркивается, что клиническую ситуацию, обусловленную распространением рака щитовидной железы, обостряют трудности дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы (разграничение доброкачественных и злокачественных новообразований) и верификации диагноза рака этого важнейшего эндокринного органа [Бородина, Н. Б. с соавт., 2019, Schlumberger M. et al., 2016, Pacini F. et al., 2018, Rajab M. et al., 2022, Pacini F. et al., 2010].

Рак щитовидной железы относится к визуальным локализациям злокачественного поражения, но несмотря на это и внедрение современных диагностических методов, до сегодняшнего дня не решенной проблемой остается выявление рака щитовидной железы на поздней стадии (в 2014-2015 гг. – 22,1%-23,8%), что препятствует своевременному началу и проведению эффективного лечения [Каприн А. Д. с соавт., 2015, Каприн А. Д. с соавт., 2019, Каприн А. Д. с соавт., 2017].

Оптимальным оперативным подходом при раке щитовидной железы является тотальная тиреоидэктомия, которая, при необходимости, позволяет проводить последующую радиоiodтерапию [Борискова М. Е. 2019, Евтушенко А. В. с соавт., 2018, Румянцев П. О., 2015, Mayson S.E. et al., 2019]. Радикальное хирургическое лечение рака щитовидной железы при выполнении тиреоидэктомии по

традиционному методу сопряжено с расширенным оперативным вмешательством в связи с определенными трудностями, которые обусловлены особенностями анатомии, топографии и функционирования этого важнейшего органа эндокринной системы. В то же время, несмотря на эффективность, традиционный метод хирургического лечения рака щитовидной железы из открытого хирургического доступа сопряжен с риском интраоперационных и послеоперационных осложнений и косметическим дефектом, что является основанием для поиска менее травматичного оперативного подхода с лучшими показателями по возможным осложнениям [Славин Л. Е. с соавт., 2013, Разумовский А. Ю. с соавт., 2014, Miccoli P. et al., 2004, Lee J. et al 2012].

Важное значение придается стадированию послеоперационного риска для определения оптимальной тактики послеоперационного ведения пациентов. Стратификация риска рецидива рака щитовидной железы позволяет обосновать лечебную тактику (целесообразность радиойодоблации, дозировки, проведение супрессивной и системной терапии), динамическое наблюдение, а также определить прогноз самого заболевания [Газизова Д. О. с соавт., 2011, Бельцевич Д. Г. С соавт., 2017, Haugen B.R. et al., 2016, Schlumberger M. et al., 2016, Haugen, B.R. et al., 2013, Pacini F. et al., 2018, Cooper D.S. et al., 2009, Pacini F. et al., 2010].

В зарубежной печати проблема инвалидности рассматривается в единичных работах при оценке заболеваемости и смертности вследствие рака щитовидной железы (бремя рака щитовидной железы). Инвалидность, а не ранняя смерть, стала занимать все большую долю глобального бремени болезней: в 1990 г. она составляла примерно пятую часть (21%) от общего бремени, а в 2019 г. превысила одну треть (34%) [Kocarnik J.M. et al., 2019]. Количество лет жизни больных раком щитовидной железы с поправкой на инвалидность – DALY, как и число случаев рака щитовидной железы и смертность, обуславливающие глобальное бремя рака щитовидной железы, в период 1990-2019 гг. увеличились (соответственно 75%, 169% и 87%). Половина бремени рака щитовидной железы (54,39% DALY, 41,73% заболеваемости и 50,92% смертности) была отмечена в Южной и Восточной Азии [288]. DALY в Китае, в стране с самым высоким показателем заболеваемости раком щитовидной железы, увеличилось с 103 490 в 1990 году до 187 320 в 2019 году [Pacini F. et al., 2021].

Проблема инвалидности вследствие рака щитовидной железы в Российской Федерации освещена в единичных работах. Это прежде всего исследования, которые были проведены в 80-годах прошлого века и были посвящены экспертизе трудоспособности в период до внедрения принципов международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [Кочетова А.П., 1974, Разоренов Л.В. с соавт., 1972]. Опубликованы работы по этой проблеме среди населения в Республике Дагестан [Темирханова К. Т., 2012], в Орловской области [Петрова Г.В. с соавт., 2017] и результаты оценки медико-экспертных дел ограниченной группы инвалидов вследствие рака щитовидной железы (253 инвалида) [Коврижных Ю.А., 2020, Коврижных Ю.А. с соавт., 2019]. Представлены показатели инвалидности населения вследствие рака щитовидной железы в Республике Беларусь [Воронец, О. А. 2016].

Реабилитация онкологических больных, как основа медико-социальной профилактики инвалидности, это комплексный многоэтапный процесс, восстановительный, по сути, который включает целый ряд важнейших компонентов (медицинский, психологический, социальный, профессиональный) [Пузин, С. Н. с соавт., 2010]. Реабилитация больных раком щитовидной железы рассматривается в рамках общих принципов реабилитации больных после проведенных хирургических вмешательств, радиойодтерапии, лучевой терапии и/или химиотерапии соответственно таковым при злокачественных новообразованиях головы и шеи [Грушина Т. И. с соавт., 2021, Чойнзонов Е. Л. С соавт., 2018, Газизова Д. О. с соавт., 2011, Бельцевич Д. Г. с соавт., 2017, Swarm R.A. et al., 2013, Coyle M. J. et al., 2016, Midgley A.W. et al., 2018, Clarke P. et al., 2016, Buffart L.M. et al., 2018, Dunn L.A. et al., 2019].

В отечественной медицинской литературе освещены позиции нормативной базы по определению нарушения функционирования и ограничения жизнедеятельности, в том числе трудовой активности при раке щитовидной железы (приказы Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. №№ 1024н и 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы») [Грушина Т. И. с соавт., 2021,

Шахсуварян С. Б. с соавт., 2015]. Специальные исследования по этой проблеме как в контингенте пациентов с раком щитовидной железы, так и среди инвалидов вследствие этой растущей по распространению злокачественной патологии не проводились.

В ряде отечественных и зарубежных публикаций представлены результаты оценки качества жизни, связанного со здоровьем, больных раком щитовидной железы [Григорьева, И. В. с соавт 2009, Шахсуварян С. Б. с соавт., 2015, Chow K.Y. et al., 2021, Goswami S. et al., 2018, Goswami S. Et al., 2019, Joshy G. Et al., 2020]. Эта методика позволяет измерить сложную гамму возникающих симптомов, нарушений функций и ограничений жизнедеятельности при возникновении и прогрессировании злокачественного процесса [Григорьева И. В. с соавт., 2009].

Анализ литературных данных позволил сформулировать идею разработки комплексного подхода к медико-социальной реабилитации и оптимизации первичной профилактики инвалидности вследствие рака щитовидной железы на основе многофакторной оценки инвалидности населения вследствие злокачественного поражения этого важнейшего эндокринного органа.

Цель исследования: разработка комплексного подхода к медико-социальной реабилитации с оптимизацией первичной профилактики инвалидности вследствие рака щитовидной железы на основе изучения показателей инвалидности и спектра ограничений жизнедеятельности у инвалидов, применения мининвазивной видеоассистированной технологии хирургического вмешательства и совершенствования схем маршрутизации пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы.

Задачи исследования

1. Исследовать эпидемиологические аспекты рака щитовидной железы в структуре нарушения здоровья взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации.

2. Провести анализ динамики инвалидности взрослого населения вследствие рака щитовидной железы в г. Москве и сформировать структуру первичной, повторной и общей инвалидности по возрасту, гендерной принадлежности и тяжести.

3. Определить спектр и степень выраженности основных видов стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности у инвалидов вследствие рака щитовидной железы и провести ранжирование инвалидов с учетом статуса занятости работой.

4. Провести анализ амбулаторного и стационарного этапов первичной диагностики рака щитовидной железы в аспекте первичной медико-социальной профилактики инвалидности вследствие данной патологии.

5. Оценить преимущества миниинвазивной видеоассистированной тиреоидэктомии и применения методики «быстрого пути» (fast track rehabilitation) и «ускоренного восстановления после операции» (enhanced recovery after surgery) при раке щитовидной железы в комплексной медико-социальной реабилитации больных раком щитовидной железы.

6. Провести на стационарном этапе лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде раннюю стратификацию риска рецидива у больных раком щитовидной железы и сформировать алгоритм маршрутизации пациентов в зависимости от степени риска рецидива рака щитовидной железы для определения дальнейшей стратегии реабилитационных и профилактических мероприятий, в том числе по предотвращению инвалидности.

7. Определить на стационарном этапе лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде перед направлением на амбулаторный этап показатели качества жизни больных раком щитовидной железы после традиционной тиреоидэктомии и миниинвазивной видеоассистированной тиреоидэктомии и провести сравнительный анализ полученных данных.

8. Разработать алгоритмы маршрутизации пациентов с определением последовательности и объёма диагностических, лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий и «Медико-социальную карту пациента, страдающего раком щитовидной железы» для выявления и мониторинга видов и степени нарушений функций и ограничений жизнедеятельности в медицинских

организациях здравоохранения и реабилитационных учреждениях, а также улучшения результатов реабилитации и профилактики инвалидности у изучаемого контингента больных.

Научная новизна

Впервые изучена динамика инвалидности взрослого населения вследствие рака щитовидной железы в г. Москве в рамках эпидемиологии нарушения здоровья взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации.

Впервые сформирована структура первичной и повторной инвалидности вследствие рака щитовидной железы взрослого населения г. Москвы по возрасту и гендерной принадлежности. Выявлены особенности дифференциации по группам инвалидности в контингентах, первично и повторно признанных инвалидами. Установлены особенности динамики общей инвалидности вследствие рака щитовидной железы, обусловленные закономерностями формирования контингентов, впервые и повторно признанных инвалидами вследствие данной патологии.

Впервые на основе комплексной оценки дана сравнительная характеристика спектра видов и степени выраженности нарушений функций и обусловленных ими ограничений жизнедеятельности в динамике первичной и повторной инвалидности вследствие рака щитовидной железы взрослого населения г. Москвы с учетом гендерных особенностей и тяжести инвалидности.

Впервые проведено ранжирование контингента инвалидов вследствие рака щитовидной железы из числа взрослого населения г. Москвы с учетом статуса занятости работой. Представлена дифференциация контингентов работающих и неработающих инвалидов в зависимости от гендерно-возрастной принадлежности, группы и срока инвалидности.

Обоснованы преимущества миниинвазивной видеозаастизированной тиреоидэктомии (МИВАТ) и применения методики «быстрого пути» (fast track rehabilitation) и «ускоренного восстановления после операции» (enhanced recovery after surgery) в комплексной медико-социальной реабилитации больных раком щитовидной железы (меньшая длительность сроков пребывания в стационаре и

нетрудоспособности и более значимое улучшение качества жизни) по сравнению с традиционным методом.

Обоснована целесообразность проведения в ранние сроки на стационарном этапе в послеоперационном периоде стратификации риска рецидива у больных, оперированных по поводу рака щитовидной железы, для определения дальнейшей стратегии реабилитационных мероприятий и профилактики первичной инвалидности.

Впервые с применением комплекса методик (шкала Есog, шкала «SF-36») проведена оценка функционального состояния, ограничения жизнедеятельности и качества жизни в контингенте больных раком щитовидной железы после хирургического лечения перед направлением на амбулаторный этап для обеспечения преемственности медико-социальной реабилитации и первичной профилактики инвалидности.

На основе анализа амбулаторного и стационарного этапов первичной диагностики рака щитовидной железы и проведения лечебно-реабилитационных мероприятий сформированы алгоритмы маршрутизации пациентов в ходе первичной диагностики узловых образований щитовидной железы для осуществления непрерывной медико-социальной реабилитации и медико-социальной профилактики инвалидности при раке щитовидной железы.

Теоретическая и практическая значимость работы

На основе многоаспектного анализа создан банк данных по инвалидности взрослого населения вследствие рака щитовидной железы в г. Москве за период, в течение которого проводилось реформирование нормативной базы осуществления медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы после ратификации Российской Федерацией Конвенции о правах инвалидов.

Выявленные тенденции негативной динамики и сформированная структура инвалидности (гендерно-возрастная и по группам) вследствие рака щитовидной железы взрослого населения г. Москвы являются информационной базой для органов здравоохранения и государственной службы медико-социальной экспертизы для

планирования и осуществления мероприятий по проведению эффективной медико-социальной реабилитации и медико-социальной профилактики инвалидности.

Представленная дифференциация контингентов работающих и неработающих инвалидов вследствие рака щитовидной железы в зависимости от гендерно-возрастной принадлежности, группам и сроку инвалидности является научно-практической базой для органов министерства труда и социальной защиты для разработки целевых мероприятий по оптимизации профессиональной реабилитации (трудоустройству) и создания адаптированных рабочих мест, с целью реализации трудовых функций инвалидов как специфического субъекта рынка труда.

Представленные преимущества миниинвазивного видеоэндоскопического метода хирургического вмешательства (МИВАТ) в комплексе с методиками «быстрого пути» (fast track rehabilitation) и «ускоренного восстановления после операции» (Enhanced recovery after surgery) обосновывают целесообразность их широкого внедрения в качестве рациональных и эффективных технологий медико-социальной реабилитации больных раком щитовидной железы и медико-социальной профилактики инвалидности (первичной и повторной). Длительность нетрудоспособности у пациентов перенесших МИВАТ составляла 10 дней, а после традиционной тиреоидэктомии достигала в среднем 21 дня ($p=0,007$). Средняя продолжительность госпитализации после МИВАТ составила $3,2\pm 0,4$ (после традиционной тиреоидэктомии – $6,5\pm 0,5$; $p < 0,001$).

Обоснованное результатами проведенного исследования создание консультативно-диагностических структур для углубленного обследования на амбулаторно-поликлиническом этапе больных с узловыми образованиями щитовидной железы будет способствовать ранней диагностике рака щитовидной железы.

Разработанные алгоритм маршрутизации пациентов и «Медико-социальная карта пациента, страдающего раком щитовидной железы», позволяют обеспечить преемственность при мониторинговании видов и степени нарушений функций и ограничений жизнедеятельности для оценки медико-социального статуса больного в ходе непрерывной комплексной медико-социальной реабилитации и профилактики инвалидности (первичной и вторичной) при наблюдении в медицинских организациях

системы здравоохранения и реабилитационных учреждениях департамента труда и социальной защиты.

Методология и методы исследования

Цель и задачи исследования определили его многоаспектный характер, что обусловило необходимость использования системного подхода, применения методов научного познания, наблюдения, сравнения, комплексного анализа, моделирования и индукции. Исследование включало 6 этапов решения поставленных задач для достижения цели исследования. Основные методологические принципы исследования базируются на фундаментальных положениях российских и зарубежных специалистов в области медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации. В исследовании широко используются положения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Статистическое исследование основано на данных по г. Москве и Российской Федерации.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Нарушение здоровья вследствие рака щитовидной железы у взрослого населения характеризуется негативной динамикой, что соответствует росту заболеваемости и инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации.

2. Структура инвалидности вследствие рака щитовидной железы взрослого населения в г. Москве характеризуется значительной дифференциацией по возрасту, гендерному признаку и группам инвалидности в контингентах, впервые и повторно признанных инвалидами и изменением их удельного веса в общем контингенте инвалидов.

3. Спектр и степень выраженности основных видов стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности у инвалидов вследствие рака щитовидной железы являются популяционными данными для проведения целенаправленных мероприятий по медико-социальной реабилитации.

4. Дифференциально-диагностический поиск на этапах оказания первичной медико-санитарной помощи с целью разграничения доброкачественных и злокачественных новообразований щитовидной железы требует проведения углубленного обследования больных, а в целом ряде случаев диагноз верифицируется послеоперационным гистологическим исследованием.

5. Миниинвазивная видеоассистированная тиреоидэктомия с применением методики «быстрого пути» (fast track rehabilitation) и «ускоренного восстановления после операции» (enhanced recovery after surgery) по сравнению с традиционной тиреоидэктомией позволяет сократить сроки госпитализации и нетрудоспособности и повысить качество жизни.

6. Стратификация риска рецидива рака щитовидной железы в ранние сроки после оперативного вмешательства позволяет проводить маршрутизацию («дорожная карта») больных для прохождения реабилитационных и профилактических мероприятий, в том числе по предотвращению первичной инвалидности.

7. Клинико-экспертная диагностика по шкалам Есog и «SF-36» позволяет оценить функциональное состояние, жизнедеятельность и качество жизни больных раком щитовидной железы после оперативного вмешательства перед выпиской из стационара.

8. Разработанные алгоритм маршрутизации пациентов и «Медико-социальная карта пациента, страдающего раком щитовидной железы», позволяют обеспечить преемственность при мониторинговании видов и степени нарушений функций и ограничений жизнедеятельности для оценки медико-социального статуса больного в ходе непрерывной комплексной медико-социальной реабилитации и профилактики инвалидности (первичной и вторичной) при наблюдении в медицинских организациях системы здравоохранения и реабилитационных учреждениях департамента труда и социальной защиты.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов диссертационного исследования обеспечена постановкой корректной цели и задач исследования, научной проработкой проблемы, многоэтапностью исследования, значительным числом наблюдений, современными

методами исследования, которые соответствуют поставленной цели и задачам исследования проблемы инвалидности вследствие растущей заболеваемости раком щитовидной железы. Положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации обоснованы результатами выполненных исследований и их обработкой релевантными статистическими методами. Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на Международном конгрессе «Медицинская реабилитация в условиях санаторно-курортных организаций» (Москва, 21 марта 2019 г.); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней» (Москва, 24–25 октября 2019 г.); Преконгрессе в рамках Всероссийского форума «Здравница-2020» и VI Международного конгресса «Санаторно-курортное лечение» (Москва, 2 сентября 2020 г.); Международной научно-практической конференции Прикаспийских государств «Актуальные вопросы современной медицины» (Астрахань, 9 октября 2020 г.); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней» (Москва, 21 октября 2020 г.); XV Национальном Конгрессе терапевтов с международным участием (Москва, 18 ноября 2020 г.); III Национальном конгрессе с международным участием «Реабилитация — XXI век: традиции и инновации» (Санкт-Петербург, 26 ноября 2020 г.); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медико-социальная работа: теория, технологии, образование» (Москва, 25 марта 2021 г.); XVI Национальном Конгрессе терапевтов с международным участием «Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы при терапевтической патологии» (Москва, 17 ноября 2021 г.); Международной научно-практической конференции «Инновации в диагностике, лечении, медико-социальной экспертизе, реабилитации: взгляд молодежи» (Санкт-Петербург, 19 мая, 2022 г.); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Теоретические и прикладные аспекты» (Новокузнецк, 6 октября, 2022 г.).

Апробация работы состоялась 26.04.2023 г. на расширенном заседании Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный

научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» Минобрнауки России (ФНКЦ РР) Минобрнауки России (протокол № 02/23).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты диссертационного исследования внедрены в работу ГБУЗ «ГП №66, филиал №1 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №69, филиал №1 ДЗМ» ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Е.О. Мухина ДЗМ», ФКУ «ГБ МСЭ по Липецкой области» и ФКУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике-Чувашии» Минтруда России а также в учебный процесс Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» Минобрнауки России.

Публикации

По результатам исследования автором опубликовано 23 научных работ, в том числе 17 статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/ Перечень ВАК при Минобрнауки России, из них 4 статьи в журналах, индексируемых в международной базе данных Scopus; две публикации в сборниках материалов международных научных конференций; две иные публикации; монография «Старшее поколение и инвалидность. Перспективы медико-социального благополучия», а также Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ (RU 2019618767) «Программа ЭВМ для медико-социальной карты динамического клинико-экспертного наблюдения пациента, страдающего новообразованием щитовидной железы».

Личный вклад автора

Автор самостоятельно определил тему и направления исследования, сформулировал его цели и задачи, выполнил анализ нормативно-правовых актов и обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме и разработал программу и методологию исследования. Автор лично выполнил все операции по поводу узловых образований щитовидной железы, в том числе по поводу рака щитовидной железы, выполняя как традиционную тиреоидэктомию, так и МИВАТ.

Автор собрал репрезентативную выборку данных, провел анализ и интерпретацию результатов исследования, самостоятельно сформулировал основные положения, выносимые на защиту, научную новизну, выводы и практические рекомендации.

Автор разработал методический инструментарий для динамического наблюдения и оценки медико-социального статуса больных, страдающих злокачественным новообразованием щитовидной железы. Автором лично выполнено изложение результатов научного исследования в виде публикаций. Вклад автора в выполнение всех этапов научного исследования является непосредственным и определяющим.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Выполнение диссертационного исследования включало комплексный многоаспектный анализ закономерностей формирования инвалидности взрослого населения вследствие рака щитовидной железы, комплексный подход к медико-социальной реабилитации и оптимизации первичной профилактики инвалидности, что соответствует п. №10 «изучение закономерностей формирования ограничений жизнедеятельности у больных и инвалидов в зависимости от состояния здоровья в целях разработки новых форм и методов медико-социальной помощи населению, разработки новых технических средств реабилитации и профилактики инвалидности», п. №11 «разработка теории, методологии и организационных основ медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации, в том числе профессиональной и социальной реабилитации, ранней помощи детям и их семьям и сопровождения инвалидов» паспорта специальности 3.1.33. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия, п. №5 «медико-социальное исследование показателей заболеваемости населения, определение закономерности их изменения. Изучение важнейших социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, с целью разработки основных направлений медико-социальной профилактики их распространения», п. №7 «изучение показателей инвалидности и закономерностей формирования ограничений жизнедеятельности у инвалидов в зависимости от их состояния здоровья, определение реабилитационного потенциала и

оценка медико-социального прогноза» и п. №19 «Изучение и анализ теоретических, методических и организационных аспектов медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации» паспорта специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 385 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований и заключения, изложенных в 8 главах, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и нормативно-правовых документов и приложения. Библиографический указатель включает 458 источников, из них 177 – отечественных и 281 – зарубежных. Работа содержит 47 таблиц и иллюстрирована 76 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение содержит введения об актуальности темы, определение целей и задач исследования, его научную новизну, теоретическую и практическую значимость. Представлены методология и методы исследования, положения, выносимые на защиту, степень достоверности, апробация и внедрение результатов исследования в практику здравоохранения и учреждений медико-социальной экспертизы, публикации, личный вклад автора, соответствие диссертации паспорту научных специальностей, объем и структуру диссертации.

В первой главе представлен обзор литературы на основе анализа нормативно-правовых документов и данных отечественных и зарубежных научных источников, которые позволили осветить медико-социальные проблемы и современные тенденции инвалидности граждан вследствие рака щитовидной железы. Представленный анализ свидетельствует, что аспекты инвалидности населения вследствие рака щитовидной железы (динамика численности инвалидов, возрастные и гендерные особенности, ассоциированные ограничения жизнедеятельности) за исключением одного исследования (по Орловской области), в отечественной литературе не представлены. Вопросы реабилитации больных раком щитовидной железы преимущественно

рассматриваются в соответствии с общими принципами реабилитации при злокачественных новообразованиях головы и шеи. Проблеме качества жизни, связанного со здоровьем пациентов с раком щитовидной железы, в отечественной медицинской литературе посвящены единичные печатные работы.

Во второй главе представлены дизайн и объем исследования, которое включало 6 этапов решения, поставленных задач для достижения цели исследования. Научно-практической базой проведения исследования являлось ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реанимации и реабилитологии» Министерства высшего образования и науки России.

На первом этапе был осуществлен ретроспективный анализ структуры заболеваемости злокачественными новообразованиями и структуры первичной и повторной инвалидности взрослого населения вследствие данной патологии в Российской Федерации. Анализировались распространенность, половозрастные особенности, «грубый» и стандартизованный показатели заболеваемости, тяжесть и показатели морфологической верификации диагноза, дифференциация с учетом проживания в городской или сельской местности, региональная дифференциация на территориях Российской Федерации, диагностический и лечебный аспекты оказания онкологической помощи населению. Единицы наблюдения: больные, страдающие злокачественным новообразованием и впервые и повторно освидетельствованные инвалиды в связи с данной патологией (соответственно ВПИ и ППИ).

На втором этапе проведен ретроспективный анализ первичной инвалидности вследствие рака щитовидной железы взрослого населения (от 18 лет и старше) в г. Москве (2015-2019 гг.). Единицы наблюдения: ВПИ. Объект исследования - совокупность ВПИ молодого (18-44 лет включительно), среднего (женщины 45-54 лет и мужчины 45-59 лет включительно) и старше трудоспособного (женщины 55 лет и старше и мужчины 60 лет и старше) возраста в г. Москве [Приказ Росстата от 05.12.2019 N 742 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных организаций медико-социальной экспертизы»].

На третьем этапе проведен ретроспективный анализ повторной инвалидности вследствие рака щитовидной железы взрослого населения (от 18 лет и старше) в г. Москве (2015-2019 гг.). Единицы наблюдения: ППИ. Объект исследования - совокупность ППИ молодого, среднего и старше трудоспособного возраста в г. Москве. Проведен анализ структуры общей инвалидности в динамике, определено соотношение ВПИ и ППИ. Исследованы в сравнительном аспекте динамические ряды заболеваемости раком щитовидной железы и инвалидности вследствие данной патологии в г. Москве. Численность общего контингента инвалидов вследствие рака щитовидной железы составила 7703 человека (3043 ВПИ+4660 ППИ).

На первом, втором и третьем этапах исследования анализировались данные государственной статистической отчетности 7 (собес) «Сведения о злокачественных новообразованиях» (таблицы 2000, 2010, 2100, 2200, 2110, 2120, 2300, 2310) и «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», данные по онкологии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена. Методы исследования — документальный, выкопировка данных, статистический и графический. Период исследования 2008-2019 гг.

На четвертом этапе углубленно изучен спектр основных видов стойких нарушений функций организма и ограничения жизнедеятельности у инвалидов вследствие рака щитовидной железы (в контингентах ВПИ и ППИ, в гендерных контингентах). Изучена трудовая деятельность инвалидов вследствие рака щитовидной железы. Выделены контингенты неработающих и занятых трудовой деятельностью инвалидов. Определены гендерные особенности структуры первичной и повторной инвалидности по этому признаку.

На пятом этапе сформирована клиническая группа с целью изучения амбулаторного этапа дифференциации узловых образований щитовидной железы и ранней диагностики случаев злокачественного ее поражения. Численность больных составила 700 человек (2014-2019 гг.).

Базой исследования явилось ГБУЗ «Городская поликлиника № 66 филиал № 1 Департамента здравоохранения города Москвы». Исследование включило пациентов, направленных эндокринологом, терапевтом, врачом общей практики или врачами других специальностей, на консультацию к хирургу-эндокринологу в связи с

подозрением на опухолевидное образование щитовидной железы. Первичная диагностика узлового зоба включала сбор анамнеза, пальпацию щитовидной железы и регионарных лимфоузлов, иммуноферментные исследования гормонов щитовидной железы, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию, радиоизотопное сканирование, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАБ) щитовидной железы в соответствии с показаниями к проведению этих методов дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы.

ТАБ проводили под контролем УЗИ на аппарате MyLabSeven фирмы Esaote (программа Thyroid или Small Part). Все выявленные узлы щитовидной железы классифицировали по системе TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) с последующим по показаниям цитологическим исследованием биоптата. Аспирировали содержимое узла из 6 точек. Цитологический диагноз формировался по системе TBSRTC (The Bethesda System For Reporting Thyroid Cytopathology), рекомендованной Российской ассоциацией эндокринологов к использованию на территории Российской Федерации.

Также на этом этапе провели ретроспективное исследование архивного операционного материала 2823 пациентов, госпитализированных в стационар общесоматического профиля – хирургическое отделение ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Е.О. Мухина Департамента здравоохранения города Москвы» по поводу заболеваний щитовидной железы (оперированных в 2014-2020 гг.). В дооперационном периоде всем пациентам были выполнены общеклиническое лабораторное и инструментальное обследование (УЗИ щитовидной железы, ТАПБ). Цитологический диагноз формировался по системе TBSRTC (The Bethesda System For Reporting Thyroid Cytopathology). Проводилась морфологическая верификация диагноза поражения щитовидной железы (по результатам гистологического исследования операционного материала). Опухоль щитовидной железы классифицировали по системе TNM.

Экстрафасциальную тиреоидэктомию выполняли под эндотрахеальным наркозом. Выделяли щитовидную железу. При ревизии оценивали наличие опухолевидных образований, их локализацию, консистенцию, спаянность с мышцами. Выполняли тиреоидэктомию. После контроля гемостаза рану послойно ушивали.

МИВАТ [Miccoli P. et al.] выполняли в положении пациента на спине, валик под лопатками, с разогнутой шей. Под эндотрахеальным наркозом выполняли разрез длиной 1,5-2,0 см (в зависимости от объёма железы) на 2,0 см выше ярёмной вырезки, тупым способом раздвигали паратиреоидные мышцы, устанавливали крючки «набора Микколи» и 5мм эндоскоп от стандартной эндоскопической стойки для лапароскопических вмешательств. В дальнейшем операцию продолжали под контролем видеоизображения при помощи инструментов «набора Микколи». Последующие этапы операции не отличались от традиционной методики. Операционный материал во всех случаях направляли на гистологическое исследование, которое позволило верифицировать диагноз.

На 3-7 сутки после операции пациентов госпитализировали в дневной стационар для реабилитации, где им проводились: 1) коррекция метаболических нарушений путём восполнения дефицита витамина Д – назначение альфакальцидола (1-гидроксивитамин Д3) и эргокальциферола; 2) коррекция гипокальциемии инфузией препаратов кальция (кальция глюконат); 3) гормональная заместительная терапия левотироксином; 4) ингаляции с муколитиками (лазолван) и кортикостероидами (дексаметазон) для улучшения фонации.

Больных с подтвержденным послеоперационным диагнозом рака щитовидной железы стратифицировали по трем категориям возрастающего риска на основе параметров, связанных с опухолью (pTNM и гистологический вариант), интегрированных с другими клиническими признаками [Cooper D.S. et al., 2009, Pacini F. et al., 2010, Haugen B.R. et al., 2016, Filetti S. et al., 2019].

Оценка общего состояния больных с диагностированным высокодифференцированным раком и качества его жизни (после лечения свобода деятельности) проводили по шкале Ecog (Eastern Cooperative Oncology Group) [Oken M.M., 1982], где ECOG 0 – случаи с нормальной активностью больного, ECOG 1 – у больного были симптомы заболевания, ECOG 2 – больной большую часть дневного времени (50%) проводит не в постели, иногда нуждается в отдыхе лежа, ECOG 3 – больной пребывает в постели большую часть дневного времени (50%) и ECOG 4 – больной не способен к самообслуживанию, постоянно находится в постели.

Изучение качества жизни и интенсивности проявления симптомов заболевания проводилось с использованием базового опросного листа «SF-36» [Ware, J.E., Jr., Sherbourne, C.D., 1992]. Полученные ответы оценивали по 8 критериям: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RF), Интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), Жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH). Выводили расчетные суммарные данные об общем физическом благополучии (PCS) и об общем душевном благополучии (MCS).

Экспертиза трудоспособности больных с раком щитовидной железы в проводилась в соответствии с «Ориентировочными сроками временной нетрудоспособности при наиболее распространённых заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ) [Рекомендации, утвержденные Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П)]. Определение стойкой утраты трудоспособности и потребности в медико-социальной реабилитации осуществлялось в соответствии с Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, установленными Приказом Министерства труда и социальной защиты № 1024н от 17.12.2015 г., а с 1 января 2020г. – в соответствии с Приказом №585 от 27 августа 2019 г.

На шестом этапе на основе проведенных эпидемиологических исследований определены направления интегративного улучшения медико-социальной реабилитации инвалидов и медико-социальной профилактики инвалидности вследствие рака щитовидной железы как прогрессивно нарастающей злокачественной патологии среди населения.

Описательная статистика показателей инвалидности представлена в виде относительных интенсивных и экстенсивных коэффициентов. Для количественной оценки тенденций динамических рядов использованы показатели «темпа роста/убыли» и «наглядности». Статистическая обработка данных, отражающих динамику показателей, выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10

и SAS JMP 1. Для определения минимального предполагаемого объема выборок, предполагающих межгрупповые сравнения, использовали формулу Лера:

$$N = \frac{16}{(d/\sigma_0)^2},$$

где N – предполагаемый объем выборки; d – значимая разность групповых средних значений, σ_0 – среднее квадратическое отклонение, общее для групп сравнения. При этом общее среднее квадратическое отклонение рассчитывали по формуле:

$$\sqrt{(\sigma_1^2 * N_1 + \sigma_2^2 * N_2) / (N_1 + N_2)}$$

где σ_0 – среднее квадратическое отклонение для двух групп вместе, σ_1 – среднее квадратическое отклонение, полученное в 1-й группе, σ_2 – среднее квадратическое отклонение, полученное во 2-й группе, N_1 – количество наблюдений в 1-й группе, N_2 – количество наблюдений во 2-й группе.

Описательная статистика для качественных признаков представлена абсолютными и относительными процентными показателями. Характер распределения количественных признаков определяли при помощи критериев Шапиро-Уилкса и Колмогорова-Смирнова. Для оценки величины относительного разброса признаков использовался коэффициент вариации C_v . Для межгрупповых сравнений качественных (бинарных и номинальных) признаков использовался критерий χ^2 -Пирсона. Для сравнения групп по количественным признакам при нормальном распределении применялся t-критерий Стьюдента, при отсутствии нормального распределения использовался критерий Манна-Уитни. Сравнения трех и более групп по числовым шкалам осуществлялись с помощью непараметрического метода Краскела-Уоллеса. Корреляционные связи между показателями оценивались при помощи рангового коэффициента корреляции Спирмена. Уровнем статистической значимости для отвержения нулевых гипотез считали $p < 0,05$.

В третьей главе представлена эпидемиология рака щитовидной железы в структуре нарушения здоровья вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации. Установлено, что нарушение здоровья взрослого населения (заболеваемость и инвалидность) вследствие злокачественных новообразований (ЗНО) в Российской Федерации характеризуют негативные тенденции

распространенности и динамики (2008-2019 гг.). Так, стандартизованный показатель заболеваемости ЗНО взрослого населения составил 246,8 на 100 000 населения (прирост в 2018 г. составил 10,90%). В абсолютном выражении контингент впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЗНО в 2019 г. составил 222,3 тыс. человек (рис. 1).

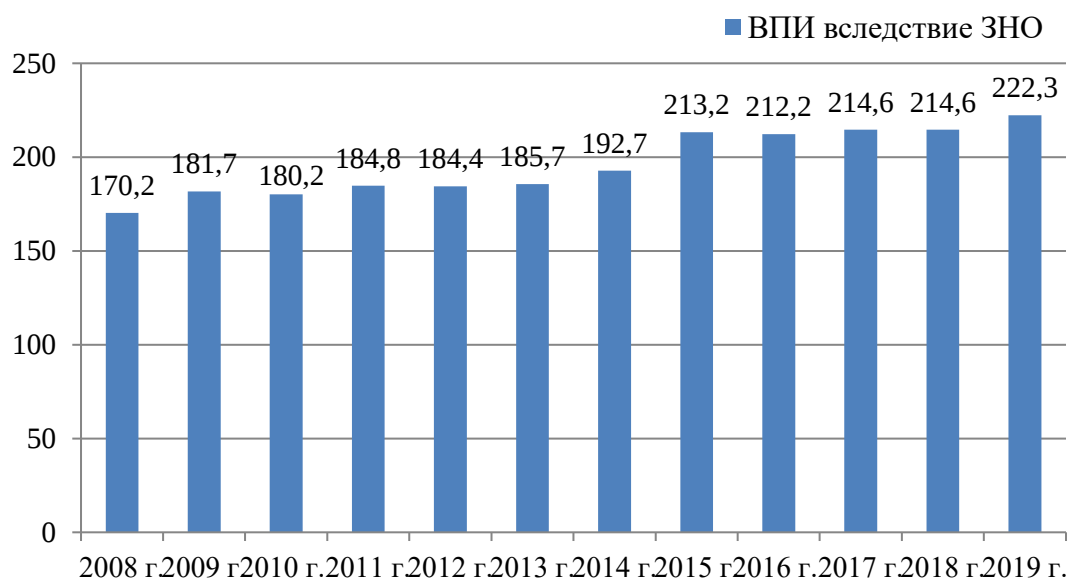


Рисунок 1 – Динамика первичной инвалидности взрослого населения вследствие ЗНО в Российской Федерации в 2019 г. (тыс. человек)

В динамике удельный вес ВПИ молодого возраста практически не изменился (11,3%-11,2%), снизился удельный вес ВПИ среднего возраста (с 53,1% до 34,1%), а удельный вес ППИ старше трудоспособного возраста возрос (54,6% в 2008 г. до 64,8% в 2019 г.). Наиболее высокое значение имел уровень II группы инвалидности (17,1 на 10 000 населения старше трудоспособного возраста), тогда как уровень инвалидности I группы и III группы был ниже (11,9 и 9,0 соответственно).

Динамика численности повторно признанных инвалидами (ППИ) вследствие ЗНО также характеризовалась ростом контингента инвалидов (с 230,1 тыс. человек в 2008 г. до 320,1 тыс. в 2019 г.). При этом отмечалась разнонаправленность динамики экстенсивных показателей. Уменьшился удельный вес ППИ молодого (с 16,4% в 2008 г. до 12,8% в 2019 г.) и ППИ среднего возраста (с 45% в 2008 г. до 24,0% в 2019 г.), но возрос удельный вес ППИ старше трудоспособного возраста (с 38,6% до 63,2%).

Преобладали ППИ с II группой инвалидности (24,4 на 10 000 населения старше трудоспособного возраста).

Распространенность РЦЖ в Российской Федерации в 2008-2018 гг. возросла с 74,8 до 114,1 больных на 100000 населения. На учете в онкологических учреждениях состояло 167585 человек (114,1 на 100 тыс. населения), в ЦФО – 46999 человек, в г. Москве – 12251 человека (на конец 2018 г.). Контингент больных РЦЖ, состоявших под наблюдением в онкологических учреждениях 5 лет и более, в г. Москве (64,9%) и индекс накопления контингента больных РЦЖ (12,3%) был ниже среднероссийского показателя (13,9%) и показателя по ЦФО (15,2%).

На территориях Российской Федерации численность больных с впервые в жизни установленным диагнозом РЦЖ в 2018 г. (13067, взято на учет 12059) варьировала. В г. Москве удельный вес выявленных активно случаев РЦЖ в 2018 г. был высоким (45,3%), превышал среднероссийский показатель (34,3%) и показатель по ЦФО (39,4%). «Грубый» показатель заболеваемости РЦЖ на 100 000 населения в 2018 г. составил 9,0 (прирост за период 2008-2018 гг. на 49,0%). В мужском контингенте максимальные значения «грубого» показателя отмечались в возрастной группе 60-69 лет, а в женском контингенте – в возрастной группе 55-64 лет (рис. 2).

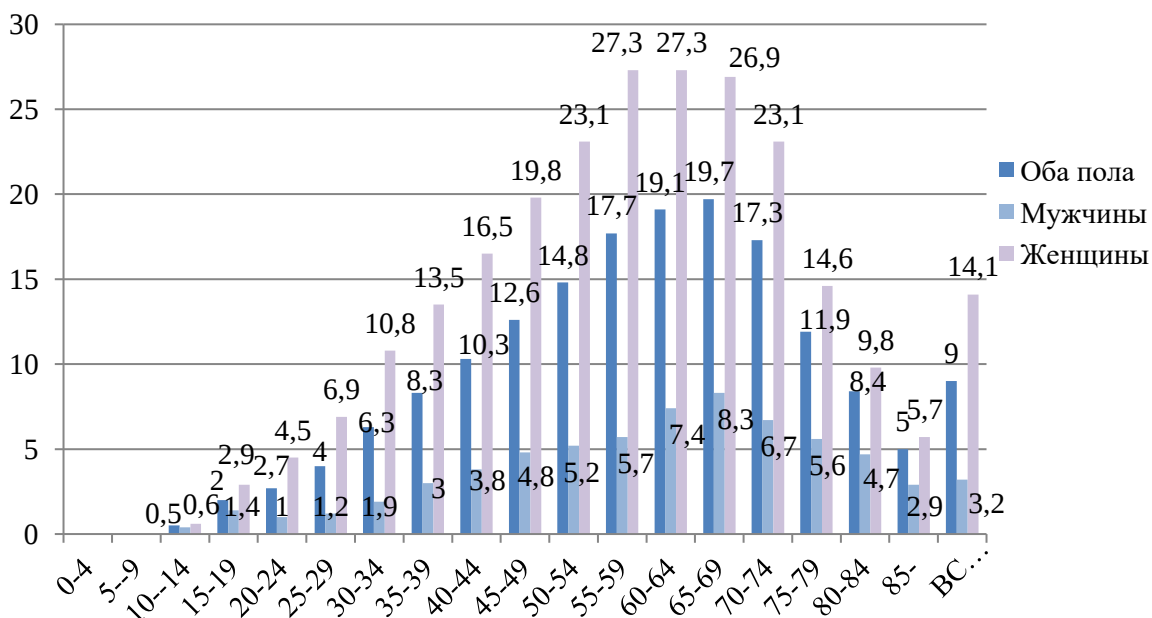


Рисунок 2 – Заболеваемость населения РЦЖ на территориях Российской Федерации («грубые» показатели за 2018 гг. на 100 000 населения)

Стандартизованный показатель заболеваемости РЩЖ на 100 000 населения составил – 6,4 на 100 000 населения (прирост на 43,5% за период 2008-2018 гг.).

Среди больных с зарегистрированным РЩЖ (без учтенных посмертно) показатель морфологического подтверждения диагноза составлял 99,8%. При этом удельный вес больных с диагностированным РЩЖ в III стадии заболевания был выше среднероссийского показателя (соответственно 14,9% и 14,3%), а в IV стадии заболевания – 5,9%. Удельный вес хирургического метода как самостоятельного вида радикального лечения в контингенте больных с впервые зарегистрированным РЩЖ в г. Москве составлял 68,4% (комплексного, кроме химиолучевого, метода – 31,6%).

В четвертой главе представлены основные показатели инвалидности вследствие рака щитовидной железы в г. Москве. Общий контингент составили 7703 инвалида – 3043 ВПИ и 4660 ППИ. Отмечалась негативная динамика роста экстенсивного показателя признанных инвалидами вследствие рака щитовидной железы в период 2015-2019 гг. (рис. 3).

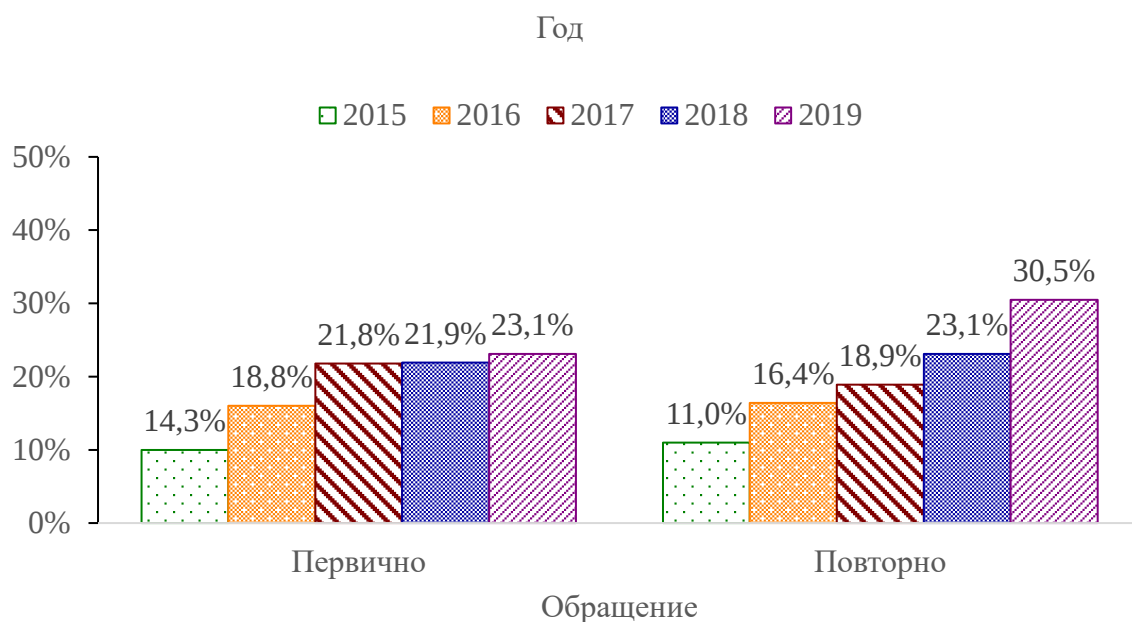


Рисунок 3 – Общий контингент инвалидов вследствие рака щитовидной железы (2015-2019 гг., %, $p < 0,0001$)

Это обусловлено высоким показателем запущенности при диагностике рака щитовидной железы несмотря на то, что данная патология относится к числу визуальных локализаций ЗНО.

По гендерному признаку превалировали инвалиды женского пола (ВПИ – 82,1% и 81,9% ППИ), по возрасту – инвалиды старше трудоспособного возраста (37,5% ВПИ и 38,2% ППИ). При этом отмечалась тенденция роста удельного веса инвалидов молодого возраста в контингентах как ВПИ, так и ППИ и противоположная тенденция снижения удельного веса лиц старше трудоспособного возраста в контингенте ВПИ, но увеличения – в контингенте ППИ. Удельный вес инвалидов среднего возраста в динамике в основном снижался, более четко отслеживаясь в контингенте ППИ. Уровень первичной инвалидности равнялся 0,7 на 10 тыс. соответствующего населения, а повторной инвалидности – 1,4 (в 2015 г. соответственно 0,4 и 0,51 – увеличение на 75,0% и на 174,0%). В общем контингенте четко прослеживается изменение соотношения между впервые и повторно установленными случаями инвалидности в сторону увеличения удельного веса ППИ.

Структура инвалидности вследствие рака щитовидной железы взрослого населения г. Москвы с учетом групп инвалидности в 2015-2019 гг. характеризовалась следующими особенностями. В контингенте ВПИ мужчин по отношению к 2015 г. показатель наглядности динамики численности инвалидов с I группой регистрировался в пределах 42,9-100% (ВПИ женщины – 66,7-100%), а показатели ВПИ с II группой и ВПИ с III группой имели равные значения – 169,2% (ВПИ женщины с II группой – 173,9%, с III группой – 159,1%). В контингенте ППИ женщин динамика показателей наглядности численности инвалидов с I группой колебалась в пределах 75-25-150%, инвалидов с II группой отмечалась в пределах 125,9-409,3%, инвалидов с III группой – 129-261,1%. В контингенте ППИ мужчин показатель наглядности численности инвалидов I группы равнялся 133,3%, II группы – 265,7%, III группы – 190,5%. Динамика экстенсивного показателя общего контингента ППИ представлена на рисунке 4.

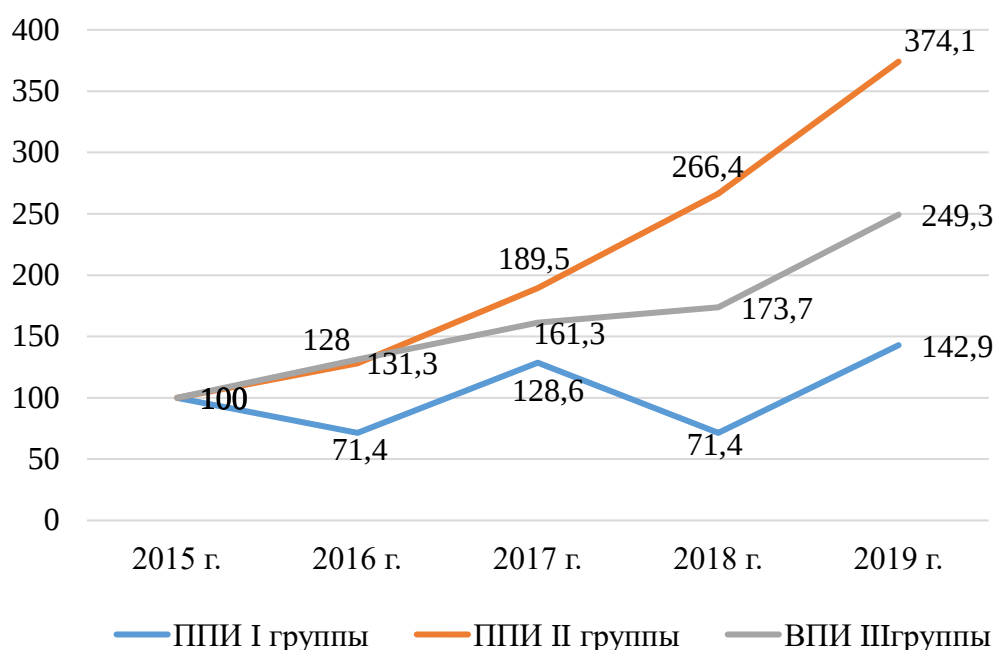


Рисунок 4 – Динамика показателей наглядности численности ППИ с учетом групп инвалидности (общий контингент ППИ, %)

В пятой главе представлен спектр основных видов стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, их видов и степени выраженности в общем контингенте инвалидов вследствие рака щитовидной железы среди взрослого населения г. Москвы. Как в контингенте ВПИ, так и в контингенте ППИ преобладающее число инвалидов имело умеренную степень выраженности нарушений основных функций организма – 60,2% ВПИ и 62,9% ППИ (системы крови и иммунной системы, эндокринной системы и метаболизма). Удельный вес инвалидов с выраженной и значительно выраженной степенью нарушения функции системы крови и иммунной системы был выше в контингенте мужчин по сравнению с женщинами инвалидами. Основными видами ограничений жизнедеятельности были ограничение способности к самообслуживанию (98,6% ВПИ и 97,9% ППИ), к трудовой деятельности (94,7% ВПИ и 94,6% ППИ) и к передвижению (21,3% ВПИ, 21,8% ППИ). Преобладали инвалиды с первой степенью стойких ограничений жизнедеятельности ($p < 0,0001$). (рис. 5).

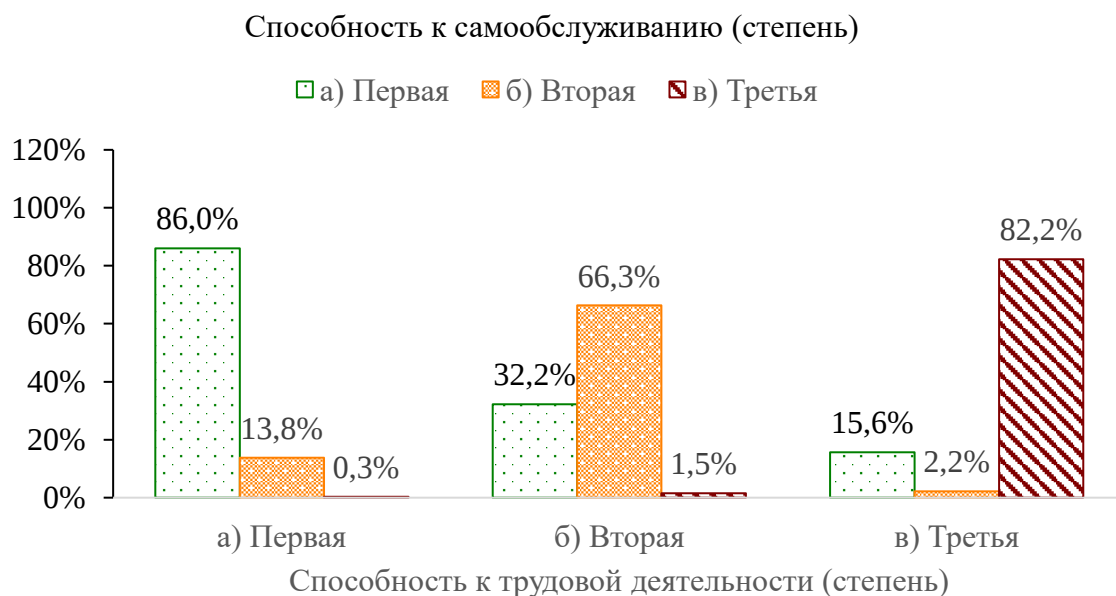


Рисунок 5 – Контингент ППИ вследствие РЩЖ. Удельный вес инвалидов с сочетанием нарушений способностей к трудовой деятельности и к самообслуживанию (степени, %)

В шестой главе представлены результаты изучения трудовой деятельности инвалидов вследствие рака щитовидной железы. В контингенте инвалидов мужчин работали 47,4% ВПИ и 34,4% ППИ, среди которых 29,2% ВПИ и 44,7% ППИ были молодого, 58,5% ВПИ и 40,8% ППИ – среднего, 12,3% ВПИ и 4,5% ППИ – старше трудоспособного возраста (4,6% ВПИ I группы, 49,2% ВПИ и 39,5% ППИ II группы и 46,2% ВПИ и 60,5% ППИ III группы инвалидности). В контингенте инвалидов женщин работали 35,4% ВПИ и 31,0% ППИ, среди которых 43,3% ВПИ и 41,3% ППИ были молодого, 34,3% ВПИ и 35,2% ППИ – среднего, 22,4% ВПИ и 23,5% ППИ – старше трудоспособного возраста (37,8% ВПИ и 35,4% ППИ II группы, 61,7% ВПИ и 64,3% ППИ III группы и 0,5% ВПИ и 0,3% ППИ I группы инвалидности).

Среди занятых трудовой деятельностью инвалидов работали по основной профессии (специальности) без снижения квалификации и объема трудовой деятельности в контингенте мужчин – 75,4% ВПИ и 63,2% ППИ, в контингенте женщин – и 81,6% ВПИ и 68,1% ППИ. Работали с уменьшением ОТД – 9,2% ППИ мужчин и 1,0% ВПИ и 6,3% ППИ женщин, со снижением квалификации – 1,5% ВПИ и 2,8% ППИ женщин, в специально созданных условиях – 1,3% ППИ женщин, с изменением условий трудовой деятельности – 0,2% ППИ женщин. Работали в другой

профессии (специальности) без снижения квалификации и ОТД в контингенте мужчин – 23,7% ППИ, в контингенте женщин – и 14,4% ВПИ и 16,7% ППИ. Работали со снижением квалификации – 2,6% ППИ мужчин и 1,0% ВПИ и 2,8% ППИ женщин, с уменьшением ОТД – 1 ППИ мужчина и 0,5% ВПИ и 1,8% ППИ женщин. Не работали в контингенте мужчин 52,6% ВПИ и 65,6% ППИ, а в контингенте женщин – 64,6% ВПИ и 69,0% ППИ от общей численности ВПИ и ППИ соответственно (рис. 6).

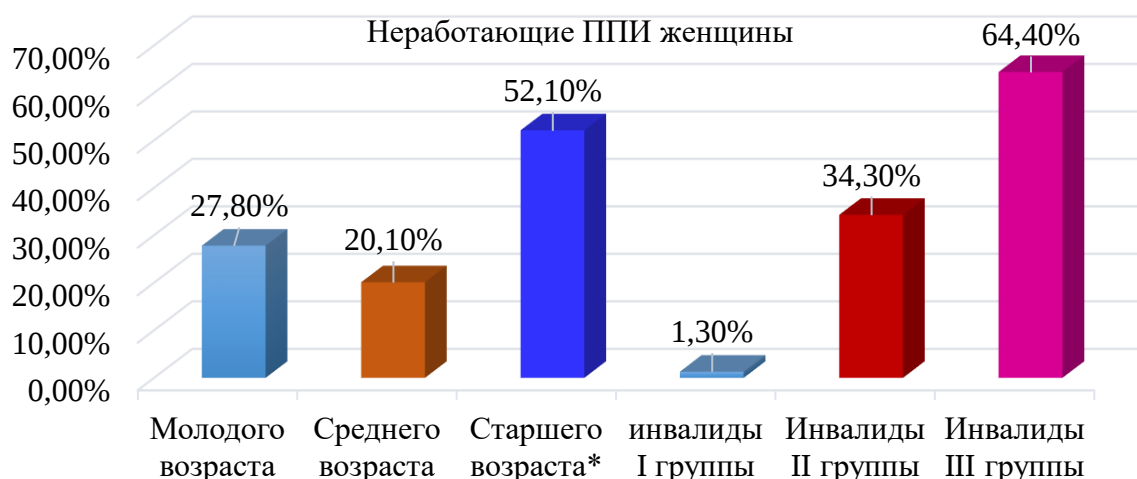


Рисунок 6 – Возрастная характеристика и тяжесть инвалидности контингента ППИ вследствие РЩЖ женщин, не осуществляющих трудовую деятельность (%); *старше трудоспособного возраста

В седьмой главе описаны особенности дифференциально-диагностического этапа и медико-социальной экспертизы при раке щитовидной железы на различных уровнях оказания первичной медико-санитарной помощи. Клиническую группу составили 3523 больного. На амбулаторном этапе в контингенте пациентов, направленных на консультацию к хирургу-эндокринологу (700 пациентов, 2014-2019 гг.) в связи с подозрением на узловое образование в щитовидной железе, у 31% пациентов диагностирована фолликулярная неоплазия (IV категория по TBSRTC) и у 10% пациентов рак щитовидной железы или подозрения на него (по TBSRTC: V категория – VI категория). Дальнейшая маршрутизация пациентов была дифференцированной. В общехирургический стационар направлялись пациенты с результатом цитологического исследования пунктата щитовидной железы II категории по TBSRTC и пациенты с цитологическим заключением фолликулярной неоплазии (IV категория по TBSRTC), а также пациенты с токсическим зобом

(рецидив тиреотоксикоза, либо бесперспективность консервативной терапии). Все пациенты при цитологическом заключении рака щитовидной железы или подозрения на него (V и VI категория по TBSRTC) направлялись в онкологический стационар.

В контингенте пациентов, поступивших на хирургическое лечение по поводу узловых образований щитовидной железы в общесоматический стационар (хирургическое отделение ГБУЗ «ГКБ им. Е.О. Мухина ДЗМ») в 2014 г. (554 пациента) на этапе дооперационной диагностики были диагностированы: узловые и многоузловые зобы с компрессионным синдромом (МЭЗ и УЭЗ) – у 38,5% пациентов, Фолликулярная неоплазия (ФН) – у 37,7% пациентов, различные варианты токсических зобов без признаков злокачественности – диффузный токсический зоб, узловой токсический зоб и многоузловой токсический зоб (ДТЗ, УТЗ, МТЗ) – у 23,8% пациентов. Применяли две методики хирургического вмешательства: традиционную (классическую) тиреоидэктомию из доступа по Кохеру и миниинвазивную видеоассистированную тиреоидэктомию (МИВАТ). На этапе послеоперационной гистологической диагностики в когорте пациентов с диагнозом фолликулярная неоплазия у 19% пациентов верифицирован диагноз фолликулярной аденомы (от общего числа тиреоидной патологии), а у 18,8% пациентов (94,2% женщин) – рак, папиллярный (83,7%) и фолликулярный (16,3%) варианты. По распространенности опухоли пациенты распределились следующим образом. У 83 пациентов (79,8%) опухоль была классифицирована по системе TNM как T1; у 7 пациентов (6,7%) – T2; у 10 пациентов (9,6%) – T3 и у 4 пациентов (3,9%) – T4 (N0 – 87,5%, N1a – 12,5% пациентов).

В 2015 г. (446 пациентов) диагностированы: МЭЗ и УЭЗ – у 49,6% пациентов, ФН – у 29,1% пациентов, ДТЗ, УТЗ, МТЗ – у 21,3% пациентов. В когорте пациентов с диагнозом ФН у 10,9% пациентов верифицирован диагноз фолликулярной аденомы, а у 18,2% пациентов – рак (93,8% женщин), папиллярный (84,0%) и фолликулярный (16,0%) варианты, в том числе у 59 пациентов (72,8%) – T1; у 8 пациентов (9,9%) – T2; у 11 пациентов (13,6%) – T3 и у 3 пациентов (3,7%) – T4 (N0 – 84,0%, N1a – 16,0% пациентов).

В 2016 г. (382 пациента) диагностированы: МЭЗ и УЭЗ – у 39,0% пациентов, ФН – у 34,8% пациентов, ДТЗ, УТЗ, МТЗ – у 26,2% пациентов. В когорте пациентов с

диагнозом ФН у 18,3% пациентов верифицирован диагноз фолликулярной аденомы, а у 16,5% пациентов – рак, папиллярный (84,1%) и фолликулярный (15,9%) варианты (96,8% женщин), в том числе у 51 пациента (81,0%) – T1; у 5 пациентов (7,9%) – T2; у 6 пациентов (9,5%) – T3 и у 1 пациента (1,6%) – T4 (N0 – 84,1%, N1a – 15,9% пациентов).

В 2017 г. (347 пациентов) диагностированы: МЭЗ и УЭЗ – у 40,3% пациентов, ФН – у 36,6% пациентов, ДТЗ, УТЗ, МТЗ – у 23,1% пациентов. В когорте пациентов с диагнозом ФН у 21,9% пациентов верифицирован диагноз фолликулярной аденомы, а у 14,7% пациентов – рак, папиллярный (84,3%) и фолликулярный (15,7%) варианты (98,0% женщин), в том числе у 40 пациентов (78,4%) – T1; у 3 пациентов (5,9%) – T2; у 6 пациентов (11,8%) – T3 опухоль и у 2 пациентов (3,9%) – T4 (N0 – 86,3%, N1a – 13,7% пациентов).

В 2018 г. (378 пациентов) диагностированы: МЭЗ и УЭЗ – у 24,9% пациентов, ФН – у 56,3% пациентов, ДТЗ, УТЗ, МТЗ – у 18,8% пациентов. В когорте пациентов с диагнозом ФН у 32% пациентов верифицирован диагноз фолликулярной аденомы, а у 24,3% пациентов – рак, папиллярный (83,7%) и фолликулярный (16,3%) варианты (94,6% женщин), в том числе у 67 пациентов (72,8%) – T1; у 7 пациентов (7,6%) – T2; у 18 пациентов (19,6%) – T3 (N0 – 83,7%, N1a – 16,3% пациентов).

В 2019 г. оперированы 374 пациента. В когорте пациентов с диагнозом ФН у 34,8% пациентов верифицирован диагноз фолликулярной аденомы, а у 20,3% пациентов – рак, папиллярный (84,4%) и фолликулярный (15,6%) варианты (94,8% женщин), в том числе у 72 пациентов (75%) – T1; у 6 пациентов (6,3%) – T2; у 13 – T3; у 5 пациентов (5,2%) – T4 (N0 – 80,2%, N1a – 19,8% пациентов).

В 2020 г. (242 пациента) диагностированы: МЭЗ и УЭЗ – у 17,0% пациентов, ФН – у 66,0% пациентов, ДТЗ, УТЗ, МТЗ – у 17,0% пациентов. В когорте пациентов с диагнозом ФН у 46,2% пациентов верифицирован диагноз фолликулярной аденомы (от общего числа тиреоидной патологии), а у 53,8% пациентов – рак, папиллярный (77,9%) и фолликулярный (22,1%) варианты (97,7% женщин), в том числе у 67,4% пациентов T1N0M0; у 5,8% – T1N1M0; у 11,6% пациентов – T2N0M0; у 2,3% – T2N1M0; у 11,6% – T3N0M0; у 1,2 % пациентов – T3N1M0. В целом, в общесоматическом стационаре среди пациентов, поступивших на хирургическое

лечение по поводу узловых образований щитовидной железы, доля пациентов с гистологически верифицированным диагнозом рака была высокой (53,2% пациентов с дооперационным диагнозом фолликулярной неоплазии). Цитологическое исследование на амбулаторном этапе не всегда позволяет сформулировать окончательное диагностическое заключение (дифференцировать фолликулярную аденому и рак). Особо следует отметить, что у большинства пациентов узловое образование щитовидной железы было случайно выявленной патологией (тиреоидная инциденталомы).

Хирургическое лечение остается эффективным методом радикального лечения рака щитовидной железы. При этом необходимо учитывать высокую долю больных старше трудоспособного возраста и больных, имеющих отягощенный соматический статус, а также косметический дефект, возникающий в послеоперационном периоде. Проведена сравнительная клиничко-экспертная оценка двух методов оперативного вмешательства – экстрафасциальной тиреоидэктомии и миниинвазивной видеоассистированной тиреоидэктомии (МИВАТ). Особенностью МИВАТ является минимальный травматизм, улучшение визуализации хирургического поля благодаря использованию видеоэндоскопического оборудования, сведение к минимуму альтерации структур щитовидной железы и окружающих тканей, что способствует сохранению физиологической функции органов в области хирургического вмешательства, а также позволяет избежать послеоперационных осложнений.

В реабилитации оперированных пациентов применение методик «быстрого пути» и «ускоренного восстановления после операции» позволило достичь минимизации необходимости длительного обезболивания в послеоперационном периоде, адекватного питания и ранней активизации и вертикализации больных. При сравнении хирургической реабилитации пациентов, страдающих раком щитовидной железы, при выполнении тиреоидэктомии по традиционному методу (106 пациентов, 2019-2020 гг.) и после МИВАТ (76 пациентов за тот же период) средняя продолжительность госпитализации после традиционной тиреоидэктомии составила $6,5 \pm 0,5$ койко-дня, а после МИВАТ – $3,2 \pm 0,4$ ($p < 0,001$). Если у пациентов после МИВАТ длительность нетрудоспособности в среднем составляла 10 (9,0; 33,2) дней,

то после традиционной тиреоидэктомии этот показатель составлял 21 (14,0; 35,0) день ($p=0,007$).

Всех пациентов с диагностированным в послеоперационном периоде ВДРЦЖ распределили по шкале ECOG. Пациенты после обеих методик хирургического вмешательства отнесены к группе ECOG 1 и ECOG 2. Пациентов, соответствующих критериям ECOG 3, и ECOG 4, не было. Статистически значимых различий в распределении групп пациентов по критериям ECOG и методам операций не выявлены. Это послужило причиной поиска других способов анализа качества жизни пациентов после различных хирургических вмешательств.

Результаты опроса по шкалам SF-36 свидетельствуют, что между группами пациентов статистически достоверная разница имела место по трем шкалам: PF – физическое функционирование – при традиционном методе средний показатель по группе составил 75,0 (60,0; 80,0) баллов, а при МИВАТ – 90,0 (85,0; 90,0) баллов), RF – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (соответственно 25,0 (0,0; 25,0) и 100,0 (75,0; 100,0) баллов), BP – интенсивность боли (соответственно 51,0 (41,0; 62,0) и 100,0 (94,0; 100,0) баллов). При этом в целом, показатель PCS – общее физическое благополучие, физический компонент здоровья – в группе пациентов, которым выполнена МИВАТ, составил 52,8 (49,7; 55,4) баллов, а в группе пациентов, оперированных по традиционному методу – 35,7 (32,8; 39,1) баллов ($p<0,001$). Показатель MCS – общее душевное благополучие, психологический компонент здоровья – был снижен в обеих группах и составил 55,9 (42,5; 59,8) при традиционной тиреоидэктомии и 53,8 (39,7; 57,3) баллов – в группе пациентов, которым выполнена МИВАТ ($p=0,038$).

В ГКБ им Е.О. Мухина с 2020 года стали применять методику ранней стратификации риска рецидива онкологического заболевания у пациентов с послеоперационным диагнозом ВДРЦЖ – 86 пациентов. Выделяли группу пациентов низкого риска рецидива – назначалась гормонзаместительная терапия (60,5% пациентов), и группа пациентов промежуточного и высокого риска (39,5% пациентов), которым не назначалась гормонзаместительная или супрессивная терапия после операции и они направлялись на консультацию к радиологу для проведения радиойодтерапии (РЙТ) в сроки 3-4 недель после операции. Следует подчеркнуть, что

в предыдущие годы пациентам с раком щитовидной железы, получавшим гормоны щитовидной железы сразу после операции, приходилось отменять их значительно позже и выдерживать срок до 3-4 недель перед началом этого компонента терапии. Это неблагоприятно влияло на реабилитацию пациентов на послеоперационном этапе, продлевало длительность нетрудоспособности. Используемая тактика позволила ускорить и улучшить реабилитацию и восстановление пациентов, как нуждающихся в послеоперационной радиоiodтерапии, так и больных с низким риском рецидива. Благодаря используемой стратегии, средняя длительность нетрудоспособности в группе пациентов низкого риска, перенесших МИВАТ, составила $9,6 \pm 0,9$ дней, а в группе после традиционной тиреоидэктомии – $19,2 \pm 1,3$ дня, тогда как в группах промежуточного и высокого риска – не различалась ($31,9 \pm 3,0$ дней при обеих методиках).

В восьмой главе представлена технология маршрутизации в медико-социальной реабилитации больных раком щитовидной железы и профилактика инвалидности населения вследствие этой растущей злокачественной патологии с негативной динамикой роста. Первичная профилактика инвалидности имеет своей целью предупреждение структурно-функциональных нарушений щитовидной железы и основывается на раннем выявлении узлового образования щитовидной железы в ходе онкоскрининга и четкой маршрутизации пациента для безотлагательной верификации диагноза и проведения лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий (схемы 1, 2). Эффективность медико-социальной реабилитации определяется реабилитационным потенциалом больного раком щитовидной железы.

Критерием эффективности медико-профессиональной реабилитации является достижение восстановления/компенсации профессионально значимых функций, позволяющее возобновить прежнюю трудовую деятельность или способствующее адекватному трудоустройству. Важным аспектом является медико-профессиональное консультирование.



Схема 1 – Алгоритм маршрутизации пациентов в ходе первичной диагностики узловых образований щитовидной железы на различных этапах медико-санитарной помощи



Схема 2 – Алгоритм медико-социальной профилактики инвалидности вследствие рака щитовидной железы

ВЫВОДЫ

1. Эпидемиологические показатели нарушения здоровья вследствие рака щитовидной железы соответствуют тенденциям заболеваемости злокачественными новообразованиями, которые являются ведущей причиной инвалидности населения в России. Распространенность рака щитовидной железы в России в 2008-2018 гг. характеризовалась динамикой роста с 74,8 до 114,1 больных на 100 000 (прирост "грубого" показателя – на 49,0%, стандартизованного – на 43,5%). Наиболее многочисленный контингент больных с впервые в жизни установленным диагнозом отмечался в Центральном федеральном округе, в том числе превалируя среди субъектов этого округа в г. Москве.
2. Численность инвалидов вследствие рака щитовидной железы среди взрослого населения г. Москвы характеризуется негативной динамикой роста (показатель наглядности в контингенте ВПИ составил в 157,5%, в контингенте ППИ – 280,0% в 2019 г.). В структуре инвалидности по полу преобладали женщины (ВПИ – в среднем за год 82,6%, ППИ – 82,1% в среднем за год), по возрасту – инвалиды трудоспособного возраста (ВПИ – 60,6%, ППИ – 60,2%). В гендерных контингентах по возрасту выявлены различия. Среди мужчин удельный вес ВПИ старше трудоспособного возраста самый низкий (20,8% от общей численности ВПИ), тогда как среди женщин – самый высокий (43,3%). Уровень первичной инвалидности составил – 0,7, а повторной – 1,4 на 10 000 населения (показатель наглядности – соответственно 175% и 274,5%). Преобладали инвалиды с третьей группой инвалидности при динамике роста численности инвалидов с II группой. Доля инвалидов с I группой в контингенте мужчин была выше (ВПИ – 5,7%, ППИ – 4,2%) по сравнению с контингентом женщин (ВПИ – 1,4%, ППИ – 1,1%).
3. Выявлено изменение структуры общей инвалидности вследствие рака щитовидной железы в сторону увеличения удельного веса ППИ с 55,1% в 2015 г. до 68,0% в 2019 г., тогда как удельный вес ВПИ уменьшался с 44,9% до минимального значения за исследуемый период – 32,0%. Преобладали инвалиды со сроком инвалидности на 1 год (ВПИ 94,6% и ППИ 83,3%, $p < 0,0001$). Удельный вес инвалидов со сроком инвалидности, установленным «бессрочно», был выше в контингенте ППИ

(16,1%) по сравнению с контингентом ВПИ (3,8%, $p<0,0001$). Преобладающее число инвалидов имело умеренную степень (II) выраженности нарушений основных функций организма (ВПИ – 60,2%, ППИ – 62,9%). В контингенте мужчин инвалидов удельный вес лиц с выраженной (III степень) и значительно выраженной (IV степень) степенью нарушения функции системы крови и иммунной системы (ВПИ 45,4% и 5,9% и ППИ 43,5% и 3,2%) и с выраженной степенью нарушения функции эндокринной системы и метаболизма (ВПИ 52,9%, ППИ 34,4%) был выше по сравнению с контингентом женщин инвалидов (соответственно ВПИ 34,8%, 1,7% и 37,8% и ППИ 34,8%, 1,0% и 32,5%).

4. Основными видами ограничений жизнедеятельности были ограничение способности к самообслуживанию (98,6% ВПИ и 97,9% ППИ), к трудовой деятельности (94,7% ВПИ и 94,6% ППИ) и к передвижению (21,3% ВПИ, 21,8% ППИ). В контингенте мужчин удельный вес инвалидов с третьей степенью ограничений жизнедеятельности был выше по сравнению с контингентом женщин при достоверном преобладании в обоих гендерных контингентах ограничений основных категорий жизнедеятельности первой степени выраженности ($p<0,0001$). Большинство инвалидов (66,6%) не работали. ППИ преобладали как в контингенте работающих (63,9%), так и в контингенте неработающих (63,9% и 70%; $p=0,004$). В контингенте работающих был выше удельный вес инвалидов со второй группой, а в контингенте неработающих – инвалидов с I группой инвалидности при преобладании в обоих контингентах инвалидов с третьей группой инвалидности (61,6% ВПИ и 62,2% ППИ соответственно; $p=0,0341$).

5. На этапе первичной медико-санитарной помощи у пациентов, направленных на консультацию к хирургу-эндокринологу в связи с подозрением на узловое образование щитовидной железы (700 пациентов), доброкачественное образование (II категория по классификации Bethesda) было выявлено у 59% пациентов (94,2% женщин и 5,8% мужчин), фолликулярная неоплазия (IV категория по классификации Bethesda) диагностирована у 31% пациентов (98,6% женщин и 1,4% мужчин), а диагноз рака щитовидной железы или подозрения на него (V категория – VI категория по классификации Bethesda) был выставлен у 10% пациентов (88,2% женщин и 11,8% мужчин). Маршрутизация пациентов требовала дифференцированного подхода с

учетом результатов тонкоигольной пункционной биопсии и последующего цитологического анализа (хирургический стационар или специализированное лечение онкологического профиля). О наличии заболевания щитовидной железы большинство пациентов (75%) узнали при обращении к врачу по другим причинам (инциденталом).

6. На стационарном этапе общесоматического профиля среди пациентов поступивших на хирургическое лечение по поводу узловых образований щитовидной железы (2823 пациента) на дооперационном этапе были диагностированы многоузловой эутиреоидный зоб и узловой эутиреоидный зоб у 35,6% пациентов (96,2% женщин и 3,8% мужчин), различные варианты токсических зобов без признаков злокачественности (диффузный токсический зоб, узловой токсический зоб, многоузловой токсический зоб) – у 21,0% пациентов (89,9% женщин и 10,1% мужчин), а также фолликулярная неоплазия – у 43,4% пациентов (95,8% женщин и 4,2% мужчин). На этапе послеоперационной гистологической диагностики в когорте пациентов с диагнозом фолликулярной неоплазии у 53,2% пациентов верифицирован диагноз фолликулярной аденомы, а у 46,8% (95,5% женщин у 4,5% мужчин) диагностирован рак – папиллярный (83,1% пациентов) и фолликулярный (16,9% пациентов) варианты. Удельный вес пациентов с раком щитовидной железы составил 20,3% от общего числа пациентов, оперированных по поводу тиреоидной патологии.

7. Миниинвазивная видеоассистированная тиреоидэктомия является малотравматичным органосохраняющим эффективным оперативным методом с бесспорным косметическим эффектом и при применении в комплексе с методиками «быстрого пути» (fast track rehabilitation) и «ускоренного восстановления после операции» (enhanced recovery after surgery) позволяет сократить сроки госпитализации и длительность временной нетрудоспособности. Средняя продолжительность госпитализации после традиционной тиреоидэктомии составила $6,5 \pm 0,5$, а после миниинвазивной видеоассистированной тиреоидэктомии – $3,2 \pm 0,4$ ($p < 0,001$). Длительность нетрудоспособности после традиционной тиреоидэктомии достигала в среднем 21 дня, тогда как после миниинвазивной видеоассистированной тиреоидэктомии составляла 10 дней ($p=0,007$).

8. Ранняя стратификация риска рецидива у больных раком щитовидной железы на стационарном этапе, проведенная по результатам гистологического исследования, интегрированного с клиническими данными, позволила выделить группу пациентов низкого риска (60,5%) и группу пациентов промежуточного и высокого риска (39,5%) и провести их дальнейшую маршрутизацию. Пациенты группы низкого риска рецидива направлялись в амбулаторно-поликлиническое звено с назначением гормонзаместительной терапии препаратами левотироксина. Пациенты промежуточного и высокого риска рецидива направлялись в радиологический центр на радиойодтерапию. Эта стратегия позволяет больным с низким риском рецидива вернуться к трудовой деятельности после выписки из стационара, а больных с промежуточным и высоким риском в ранние сроки направить непосредственно в радиологический центр для назначения радиойодтерапии с целью предотвращения прогрессирования заболевания и инвалидности.

9. Хирургическая реабилитация больных с использованием миниинвазивного видеоассистированного метода хирургического вмешательства приводит к более значимому улучшению качества жизни пациентов раком щитовидной железы. Показатели качества жизни пациентов при опросе с использованием опросника SF-36 по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, и интенсивности боли были достоверно выше в группе пациентов, после миниинвазивной видеоассистированной тиреоидэктомии (PF 90,0; RF – 100,0; BP – 100,0 баллов; в целом, показатель PCS – 52,8 баллов) по сравнению с группой пациентов, после традиционной тиреоидэктомии (PF 75,0; RF – 25,0; BP – 51,0 баллов; в целом, показатель PCS – 35,7 баллов), ($p < 0,001$). При оценке качества жизни оперированных больных по шкале ECOG активность больных, перенесших миниинвазивную видеоассистированную тиреоидэктомию была выше (ECOG 0 – 66,7% больных, ECOG I – 33,3% больных) по сравнению с больными после традиционной тиреоидэктомии (ECOG 0 – 63,4% больных, ECOG I – 36,6% больных; $p = 0,752$). Пациентов, соответствующих критериям ECOG II, ECOG III, ECOG IV не было.

10. Тиреоидные инциденталомы (75% согласно данным проведенного исследования), выявленная негативная динамика показателей заболеваемости

населения раком щитовидной железы и повышение численности инвалидов вследствие этого злокачественного заболевания обосновывают необходимость включения онкоскрининга щитовидной железы (ультразвуковое исследование, по показаниям – тонкоигольная аспирационная биопсия и цитологическая диагностика) в маршрутный лист диспансеризации населения с целью ранней диагностики рака этого эндокринного органа. Последующие этапы маршрутизации больных включают направление больного в стационар общесоматического, либо онкологического профиля, проведение хирургического вмешательства, применение методик «быстрого пути» (fast track rehabilitation) и «ускоренного восстановления после операции» (enhanced recovery after surgery) и ранняя стратификация риска рецидива. На дальнейшем этапе маршрутизации больных раком щитовидной железы на основе персонализированного подхода с учетом риска рецидива, осуществляется либо гормонзаместительная терапия либо радиойодтерапия, что позволяет предотвращать прогрессирование заболевания и инвалидности.

11. Динамическое наблюдение с использованием «Медико-социальной карты пациента, страдающего раком щитовидной железы» для выявления и мониторинга нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, позволяет обеспечить преемственность медико-социальной реабилитации пациентов в медицинских организациях системы здравоохранения и учреждениях департамента труда и социальной защиты.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Сформированный банк данных основных показателей инвалидности вследствие рака щитовидной железы целесообразно использовать в медицинских организациях системы здравоохранения и учреждениях департамента труда и социальной защиты при планировании диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на медико-социальную профилактику инвалидности взрослого населения вследствие эпидемиологически растущей злокачественной патологии щитовидной железы.

2. Динамическая оценка степени выраженности нарушений функций и ассоциированных с ними ограничений жизнедеятельности должна проводиться на всех этапах медико-социальной реабилитации (стационарном, стационарных отделениях

ранней реабилитации, амбулаторно-поликлиническом) с целью мониторинга эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, оценки качества жизни и предотвращения прогрессирования (вторичная профилактика инвалидности).

3. Миниинвазивную видеоассистированную тиреоидэктомию целесообразно широко внедрить как приоритетный способ хирургического лечения больных с узловыми образованиями щитовидной железы, в том числе страдающих раком щитовидной железы, что будет способствовать профилактике инвалидности.

4. При оценке динамики степени нарушения функций и ограничения жизнедеятельности больных раком щитовидной железы целесообразно использовать «Медико-социальную карту пациента, страдающего злокачественным новообразованием щитовидной железы» (Приложение).

5. В базовую программу медико-социальной реабилитации и профилактики инвалидности следует включать психокоррекцию и профессиональное консультирование с целью преодоления ограничения трудоспособности (инклюзивное трудоустройство), что способствует социальной адаптации граждан со стойким нарушением здоровья вследствие рака щитовидной железы.

6. В программе амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации граждан со стойким нарушением здоровья вследствие рака щитовидной железы важное место должно занимать проведение занятий Школы для больных и их родственников. В обучающие программы целесообразно включать больных (небольшие группы) с учетом клинического течения злокачественного процесса. Отсутствие информационного барьера инвалидности способствует пониманию особенностей заболевания, психокоррекции, социальной адаптации и инклюзивному трудоустройству.

7. Ультразвуковое исследование щитовидной железы с проведением по показаниям ТАБ следует включить в дорожную карту диспансеризации взрослого населения с целью совершенствования ранней диагностики и предотвращения случаев инциденталом рака щитовидной железы на запущенных стадиях злокачественного процесса

8. Улучшение доступности на амбулаторном этапе ТАБ с последующей цитологической диагностикой выявленных при УЗИ узловых образований

щитовидной железы и по результатам цитологического заключения дальнейшая маршрутизация пациентов в специализированный онкологический либо общехирургический стационар по единой медицинской информационной аналитической системе (ЕМИАС) будет способствовать ранней верификации диагноза рака щитовидной железы и профилактике инвалидности.

9. Стратегию ранней стратификации риска рецидива рака щитовидной железы в ближайшем послеоперационном периоде, с дальнейшей маршрутизацией пациента в радиологический центр, либо в амбулаторно-поликлиническое звено с назначением гормонзаместительной терапии, как способ снижения сроков нетрудоспособности, целесообразно применять во всех хирургических и онкологических стационарах, что обеспечит непрерывность медико-социальной реабилитации.

10. Рекомендуются использовать сформированную научно-практическую базу по эпидемиологическим аспектам и особенностям стойких нарушений функций и ограничений жизнедеятельности при раке щитовидной железы в учебном процессе для образования студентов и в программах последипломной профессиональной подготовки врачей.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Дымочка М.А., Андреева О.С., Рычкова М.А., Тарасова Л.А., Шахсуварян С.Б., Пузин М.Н., **Погосян Г.Э.** Показатели первичной инвалидности взрослого населения трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2014-2015 гг. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2017. № 2. С. 37-40.

2. Пузин С.Н., Шургая М.А., **Погосян Г.Э.**, Хлудеева Т.А., Идрисова Л.С. Результаты эпидемиологического исследования первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований взрослого населения в Российской Федерации. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2018. Т. 21. № 3-4. С. 144-148.

3. **Погосян Г.Э.** Амбулаторный этап дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы и маршрутизации пациентов. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2019. № 4. С. 145-150.

4. Пузин С.Н., Гречко А.В., Пряников И.В., Шургая М.А., **Погосян Г.Э.** Медико-социальная реабилитация как основа преодоления ограничений жизнедеятельности граждан с нарушением здоровья и их социализации // **Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация.** – 2019. Т. 1. № 3. С. 44-53. (глава 3).

5. Пузин С.Н., Шургая М.А., Дмитриева Н.В., **Погосян Г.Э.**, Лялина И.В., Маммараева А.М., Иванова Т.А., Идрисова Л.С. Эпидемиология инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. // **Эпидемиология и вакцинопрофилактика.** – 2019. Т. 18. № 5. С. 14-23.

6. Пузин С.Н., **Погосян Г.Э.**, Шургая М.А., Идрисова Л.С., Огай Д.С., Пайков А.Ю. Болезни щитовидной железы как причина инвалидности населения. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2019. № 4. С. 52-59.

7. Пузин С.Н., Шургая М.А., Ачкасов Е.Е., Меметов С.С., **Погосян Г.Э.**, Идрисова Л.С. Медико-социальные аспекты повторной инвалидизации взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации. // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2019. Т. 27. № 1. С. 18-22. [SCOPUS]

8. **Погосян Г.Э.**, Пузин С.Н., Шургая М.А. Программа для медико-социальной карты динамического клинико-экспертного наблюдения пациента, страдающего новообразованием щитовидной железы // **Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2019618767, 04.07.2019. Заявка № 2019617918 от 26.06.2019.**

9. Пузин С.Н., Шургая М.А., Пряников И.В., Ачкасов Е.Е., **Погосян Г.Э.**, Эркенова Ф.Д. Старшее поколение и инвалидность. Перспективы медико-социального благополучия // Москва, 2020. С. 399.

10. **Погосян Г.Э.**, Маслихова Н.В., Пузин С.Н., Шургая М.А., Идрисова Л.С., Лялина И.В., Солдатов В.Ю. Показатели распространения нарушения здоровья вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2020. № 2. С. 40-48.

11. **Погосян Г.Э.** Стационарный этап дифференциальной диагностики и реабилитации при заболеваниях щитовидной железы. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2020. № 2. С. 64-74.

12. **Погосян Г.Э.** Результаты мониторинга повторной инвалидности вследствие рака щитовидной железы взрослого населения в г. Москве. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2020. № 3. С. 38-46.

13. Пузин С.Н., **Погосян Г.Э.**, Шургая М.А., Идрисова Л.С., Лялина И.В., Филиппов В.В. Гендерные и возрастные особенности заболеваемости раком щитовидной железы. // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2020. Т. 28. № 5. С. 928-933. [Scopus]

14. Шургая М.А., **Погосян Г.Э.**, Пузин С.Н., Ачкасов Е.Е., Меметов С.С. Эпидемиологические аспекты заболеваемости раком щитовидной железы в Российской Федерации. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2020. Т. 23. № 2. С. 27-32.

15. Пузин С.Н., Шургая М.А., **Погосян Г.Э.**, Лялина И.В. Инвалидность старшего поколения, тенденции и перспективы медико-социальной реабилитации // Материалы I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. 25 марта 2021. Москва 2021. // **Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация.** – 2021. Т. 1. № 3. С. 44.

16. **Погосян Г.Э.** Современные подходы к медико-социальной реабилитации при раке щитовидной железы. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2021. № 3. С. 23-32.

17. Гречко А.В., **Погосян Г.Э.**, Пузин С.Н., Шургая М.А. Возрастные аспекты и гендерная дифференциация первичной инвалидности вследствие рака щитовидной железы у взрослого населения Москвы. // **Успехи геронтологии.** – 2021. Т. 34. № 5. С. 764-770. [SCOPUS]

18. **Погосян Г.Э.,** Гречко А.В., Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С. Спектр ограничений жизнедеятельности у инвалидов вследствие рака щитовидной железы. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2021. Т. 24. № 2. С. 33-40.

19. **Погосян Г.Э.,** Гречко А.В., Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С. Повторная инвалидность взрослого населения вследствие рака щитовидной железы. // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2022. Т. 30. № 2. С. 226-231. [SCOPUS]

20. **Погосян Г.Э.,** Гречко А.В., Пузин С.Н., Козлов В.В., Шургая М.А. Хирургическая реабилитация при раке щитовидной железы в аспекте качества жизни оперированных больных. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2022. № 1. С. 24-36.

21 Пузин С.Н., Шургая М.А., Идрисова Л.С., **Погосян Г.Э.,** Сулейманов Э.А. Повторная инвалидность вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации до и в период пандемии Covid-19. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2022. № 2. С. 46-55.

22. Пузин С.Н., Шургая М.А., Идрисова Л.С., **Погосян Г.Э.,** Сулейманов Э.А. Злокачественные новообразования как нозологическая причина первичной инвалидности населения Российской Федерации в контексте пандемии Covid-19. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2022. Т. 25. № 1. С. 5-12.

23. Пузин С.Н., Шургая М.А., **Погосян Г.Э.** Злокачественные образования в Российской Федерации, ранговое место в структуре инвалидности населения и актуальные подходы к ранней медико-социальной реабилитации с учетом нозологического спектра // **Материалы Всероссийской научно-практической конференции: Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Теоретические и прикладные аспекты.** 6-7 октября 2022 г. Новокузнецк.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БМСЭ – бюро медико-социальной экспертизы

ВДРЩЖ – высокодифференцированный рак щитовидной железы

ВПИ – впервые признанный инвалидом

ДРЩЖ – дифференцированный рак щитовидной железы

ДТЗ – диффузный токсический зоб

ЗНО – злокачественное новообразование

МИВАТ – минимально-инвазивная видеоассистированная тиреоидэктомия

МКФ – международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья

МТЗ – многоузловой токсический зоб

МУЗ – многоузловой зоб

МЭЗ – многоузловой эутиреоидный зоб

ППИ – повторно признанный инвалидом

РЙТ – радиойодтерапия

РЩЖ – рак щитовидной железы

ТАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия

УЗИ – ультразвуковое исследование

УТЗ – узловой токсический зоб

УЭЗ – узловой эутиреоидный зоб

ФН – фолликулярная неоплазия

ВР – интенсивность боли

ECOG – система оценки общего состояния онкологического больного и качества его жизни

MCS – общее душевное благополучие

PCS – общее физическое благополучие

PF – физическое функционирование

RF – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием

TBSRTC – система Bethesda оценки цитологии щитовидной железы

TIRADS – система стратификации злокачественности узлов щитовидной железы при мультипараметрическом УЗИ

TNM – международная классификация стадий развития раковых опухолей (tumor, nodus и metastasis)