

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СИНДРОМОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА, КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Скачко Т.В., Животов В.А., Ветшев П.С.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.Н. Пирогова

УДК: 616.441-008.61-089.003.12

Резюме

В последние десятилетия в мире отмечается значительное увеличение числа больных, страдающих заболеваниями щитовидной железы. Синдром тиреотоксикоза у пациентов с тиреоидной патологией существенным образом осложняет течение заболеваний щитовидной железы. Для синдрома тиреотоксикоза характерно развитие серьезных осложнений, существенно ухудшающие течение заболевания, его прогноз и влияющих на качество жизни. Понятие качества жизни появилось в медицине с 60-х гг. XX века и связано с определением здоровья, данным Всемирной организацией здравоохранения в 1986 г. С точки зрения доказательной медицины, изучение КЖ больных является обязательным при определении эффективности метода лечения. В России основным методом радикального лечения пациентов с тиреотоксикозом является хирургический.

Ряд проведенных исследований показал, что КЖ пациентов далеко не всегда улучшается одновременно с изменяющимися в результате лечения лабораторными и инструментальными показателями, а также определяемым лечащим врачом объективным статусом. Комплексная оценка результатов хирургического лечения предполагает определение динамики восстановления КЖ больного после операции. Исследование КЖ пациентов до операции и динамика изменения показателей КЖ после операции дают объективное представление об этой стороне лечения, ранее недоступной объективизации, количественной оценке. Несмотря на известные клинические успехи в лечении пациентов с синдромом тиреотоксикоза, вопрос изменения КЖ после проведенного лечения остается пока неисследованным, трудно судить об одинаковости удовлетворенности результатами лечения не только врачами, но и пациентами.

Ключевые слова: щитовидная железа, тиреотоксикоз, оценка, качество жизни, хирургическое лечение.

В последние десятилетия в мире отмечается значительное увеличение числа больных, страдающих заболеваниями щитовидной железы [4, 8, 9, 17, 29, 36, 42]. Наблюдаемый рост заболеваемости обусловлен недостаточной профилактикой в йоддефицитных регионах, постоянным загрязнением окружающей среды (в том числе экологические катастрофы, последствия аварии на АЭС и т.п.), проживанием большого числа людей в мегаполисах [4, 17, 24]. Также, к увеличению частоты выявления заболеваний щитовидной железы привело широкое внедрение в медицинскую практику высокоинформативных методов диагностики (УЗИ, тонкоигольной аспирационной биопсии, исследования уровня гормонов и антител), практики скрининговых исследований [4, 17]. У больных с тиреоидной патологией синдром тиреотоксикоза существенным образом осложняет течение заболеваний щитовидной железы, что затрудняет выбор рациональной тактики лечения, влияет на отдаленный результат лечения, заметно ухудшает прогноз заболевания [6, 14, 17, 25]. В России по данным ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ» на 2009 год частота тиреотоксикоза составляет 18,9 на 100 000 населения [1].

В клинической практике принято выделять 3 основ-

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH THYROID DISEASE WITH SYNDROME HYPERTHYROIDISM AS CRITERION OF SURGICAL TREATMENT

Skachko T.V., Zhivotov V.A., Vetshev P.S.

The number of people with thyroid disorders was growing during the last decades in the whole world. Thyrotoxicosis is a complication of thyroid disorders which sufficiently worsens the course of the disease. Thyrotoxicosis causes complications itself and that affects the disease prognosis and patients life quality. At the same time there are reports showing that patient-reported quality of life doesn't always grow in concordance with clinical findings registered by the physician, or with multiple laboratory and instrumental data. The quality of life as a medical term was first used in the 1960-s, and is nowadays binded with the definition of "health" given by the WHO in 1986. In evidence-based medicine quality of life assessment is used in treatment effectiveness analysis.

According to the statistics, surgical treatment is mostly used in Russia for these patients. For a proper assessment of patients' quality of life after surgical treatment, measurements should be performed at different time-periods after the operation. Quality of life assessment before and after the treatment gives us an insight into the field previously completely unavailable for quantitative measurement. Although clinical outcomes of modern thyrotoxicosis treatment are generally favorable, there is lacking data on quality of life changes after the treatment. This does not allow to say about the patients' satisfaction with the modern thyrotoxicosis treatment, there is need for a more detailed assessment of patient-reported outcomes.

Keywords: Thyroid gland, hyperthyroidism, thyrotoxicosis, surgical treatment, quality of life, evaluation.

ных заболевания, протекающих с синдромом тиреотоксикоза: диффузный токсический зоб (ДТЗ), многоузловой токсический зоб (МУТЗ), токсическая аденома (ТА) щитовидной железы. Именно с этими заболеваниями чаще всего сталкиваются хирурги. В более редких случаях, причиной развития тиреотоксикоза являются йодиндуцированный тиреотоксикоз и воспалительные заболевания щитовидной железы – тиреоидиты [4, 14, 17].

Заболеваниям щитовидной железы с синдромом тиреотоксикоза характерны серьезные осложнения тиреотоксикоза, существенно ухудшающие течение заболевания и его прогноз, влияющие на качество жизни, такие как эндокринная офтальмопатия, кардиомиопатия, аритмия, сердечная недостаточность, снижение массы тела, непереносимость жары, бессонница, мышечная слабость, претибиальная микседема, у женщин часто встречается нарушение менструального цикла, у мужчин – гинекомастия, снижение либидо, эректильная дисфункция [14, 35, 36]. При ДТЗ развивается ЭОП в 25–70% случаев [15, 29, 36], претибиальная микседема – в 2% [36]. В 5–22% всех случаев синдрома тиреотоксикоза протекает с кардиомиопатией, особенно у пожилых людей, страдающих МУТЗ [36]. Наличие симптомов, утяжеляющих

течение заболевания, несомненно, негативно сказывается на самочувствии, работоспособности и качестве жизни пациентов [34, 35]. Понятие качества жизни появилось в медицине с 60-х гг. XX века и связано с определением здоровья, данным Всемирной организацией здравоохранения в 1986 г.: Здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания [23]. С точки зрения доказательной медицины, изучение КЖ больных является обязательным при определении эффективности метода лечения [10, 16, 18, 20, 31, 44].

Основные методы лечения заболеваний щитовидной железы, протекающих с синдромом тиреотоксикоза можно объединить в три группы: комплексная медикаментозная терапия, радиоiodтерапия (РЙТ) и хирургическое лечение, применяемые отдельно и в различных комбинациях. У каждого метода есть как преимущества, так и недостатки, широко обсуждаемые в литературе. Стандарты лечения больных с тиреотоксикозом (по данным Российской, Американской, Европейской, Китайской, Корейской, Японской, Австралийской, Латиноамериканской тиреоидных ассоциаций) значительно различаются [24, 37]. Кроме того, в литературе постоянно появляются сообщения о различных мини-инвазивных способах лечения узловых форм зоба (в том числе МУТЗ и ТА) и ДТЗ [11]. Данные методы требуют дальнейшего тщательного изучения, уточнения показаний к их применению. Все это затрудняет сравнение результатов и выработку оптимальной тактики с точки зрения доказательной медицины и является косвенным свидетельством неудовлетворенности специалистов отдаленными результатами лечения этой обширной категории пациентов.

В России основным методом радикального лечения пациентов с тиреотоксикозом является хирургический [4, 17]. Согласно публикуемым данным большинство хирургических школ придерживаются приблизительно одинаковых показаний к хирургическому лечению – это неэффективность медикаментозного лечения (примерно в 70%); эндокринная офтальмопатия (от 25 до 75%); подозрение на рак ЩЖ в диффузно-гиперплазированной ткани ЩЖ (в 15–18%); зоб больших размеров; неприемлемость по тем или иным причинам терапии йодом (примерно в 2%) или длительного медикаментозного лечения (17–19%); беременность и ряд других показаний (14%) [2, 24, 27, 29, 43].

В связи с существованием разных методов лечения данной категории пациентов, их выбор часто бывает неоднозначным и нередко основывается на личном опыте и приверженности специалиста, различных подходах эндокринологических и хирургических школ, возможностях конкретного лечебного учреждения, а также зависит от пола, возраста пациента, тяжести заболевания, предпочтения больного и других факторов [8, 24, 29, 30].

В сложившейся клинической практике, когда существует несколько вариантов лечения, а мнения специалистов нередко расходятся оценка КЖ пациентов дает до-

полнительную объективную информацию для принятия решения о выборе того или иного метода [7, 10, 18, 21].

Использование понятия КЖ в практике современной медицины следует считать значительным прогрессом, в сравнении с традиционным подходом, основанным исключительно на оценке болезни и её симптомов, даваемой врачом [20, 22, 46].

КЖ – это показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанный на субъективном восприятии им своего состояния [20]. В конце XX, начале XXI века исследование КЖ стало обязательной частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики. Первые исследования КЖ начались в США в 1960-е годы XX века [40], и в настоящее время КЖ – это неотъемлемый элемент в построении современной, эффективной системы профилактической и клинической медицины [10, 16, 20, 26]. В России создан Межнародный центр исследования качества жизни, издано руководство по исследованию качества жизни в медицине под редакцией академика Ю.Л. Шевченко, ежегодно проводится большое количество исследований в различных городах РФ, семинаров, конференций, издается журнал «Качество жизни в медицине», где регулярно публикуются новые данные об исследованиях качества жизни пациентов с различными заболеваниями [20, 21].

Итогом важнейших наблюдений, сделанных учеными в последние годы стало понимание того факта, что, несмотря на успехи современной медицины, КЖ пациентов далеко не всегда улучшается одновременно с изменяющимися в результате лечения лабораторными и инструментальными показателями, а также определяемым лечащим врачом объективным статусом [31]. При этом врач оценивает свою работу сам, без учета мнения пациента. В связи с этим, с точки зрения доказательной медицины, изучение качества жизни пациента необходимо проводить исключительно на основании регистрации оценок, данных пациентом (ОДП, patient-reported outcomes). Наиболее часто используемые способы получения данной информации – это интервьюирование или анкетный опрос, из них наиболее простым, быстрым и доступным является анкетный опрос [32]. Важно отметить, что для получения сопоставимых результатов и их дальнейшего применения в клинической практике необходимо использовать стандартные опросники, разработанные специалистами по исследованию качества жизни. [22]. В зависимости от области применения опросники делят на общие (универсальные) и специальные – по областям медицины, по нозологиям, а также опросники, специфичные для определенных состояний. В международной практике используют опросники, апробированные в клинических исследованиях. Опросник должен быть надежным, валидным, чувствительным. Корректное применение опросников возможно только при соблюдении этих условий [21, 22, 23].

Важно отметить, что в настоящее время недопустимо обывательское отношение к понятию КЖ. Оно положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов лечения. Его изучение становится неотъемлемой частью комплексного анализа всех составляющих врачебной практики [20].

Большинство специалистов пришли к выводу, что оценка эффективности хирургического лечения только по традиционным параметрам: летальность, частота осложнений, продолжительность пребывания в стационаре – уже не удовлетворяет принципам пациент-ориентированного здравоохранения. [16, 20, 26, 31] При этом упускается из внимания мнение самого пациента, его психоэмоциональное состояние, субъективное восприятие проведенного лечения, перенесенной операции [21]. Комплексная оценка результатов хирургического лечения также предполагает определение динамики восстановления КЖ больного после операции [7, 10, 18, 20, 26]. Исследование КЖ пациентов помогают получить информацию об этой стороне лечения, ранее недоступной объективизации, количественной оценке.

После проведенного хирургического лечения на КЖ пациента влияют различные факторы общие для любого послеоперационного периода – факт перенесенного вмешательства, адекватность обезболивания, перевязки, госпитализация и временная нетрудоспособность, а также специфические для пациентов с заболеваниями ЩЖ и синдромом тиреотоксикоза – наличие рубца на шее (эстетически значимая область), степень и скорость регрессии мучительных клинических симптомов, необходимость проведения послеоперационной медикаментозной терапии, включающей, нередко пожизненную заместительную терапию левотироксином, вероятность рецидива заболевания [9]. Также, не стоит забывать и о существующих специфических осложнениях операций на щитовидной железе, к которым относятся: послеоперационное кровотечение, транзиторный или длительный гипопаратиреоз, парез гортани при повреждении возвратного гортанного нерва (ВГН), а также повреждение верхнего гортанного нерва [2, 5, 6, 17]. Последствия данных осложнений нередко приводят к необходимости длительной реабилитации, а порой и к инвалидизации пациентов [2, 3, 5]. В исследовании «Длительное наблюдение пациентов с тиреотоксикозом после субтотальной резекции ЩЖ» («Long-term follow up of hyperthyroid patients treated by subtotal thyroidectomy») посвященное оценке отдаленных последствий операций на ЩЖ у больных с тиреотоксикозом после хирургического лечения авторы указывают на 20,5% случаев послеоперационного гипотиреоза [45]. Транзиторный гипопаратиреоз возник у 5,2% оперированных первично и у 16,6% оперированных повторно. В 2,9% случаев развилась стойкая гипокальциемия. У 3,6% оперированных первично и у 16,6% оперированных повторно был поврежден ВГН. Это говорит о том, что вероятность ухудшения качества жизни после операции на щитовидной железе достаточно велика.

Вышеописанное исследование больных после хирургического лечения по поводу тиреотоксикоза было опубликовано в 1983 г. За 30 лет произошел прогресс к хирургической технике, заместительной гормональной терапии. Однако, даже несмотря на адекватно выполненную операцию многие эндокринологи отмечают сохранение проявлений заболевания и жалоб в отдаленном послеоперационном периоде, негативно влияющее на качество жизни пациентов [19, 33].

В отечественной литературе существуют единичные работы по изучению КЖ у больных с тиреотоксикозом [12, 19]

В работе, выполненной в клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко изучалось изменение параметров КЖ у пациентов после хирургических вмешательств по поводу ДТЗ [8, 19]. Сравнивались показатели КЖ до и после операции, а также в подгруппах пациентов, перенесших тиреоидэктомию и субтотальную резекцию щитовидной железы. В данном исследовании было доказано, что хирургическое лечение ведет к улучшению КЖ больных и по мере увеличения времени после операции отмечается отчетливая тенденция к дальнейшему повышению параметров КЖ. Также установлено, что объем оперативного вмешательства не влияет на параметры КЖ. Вместе с тем в этой работе использовались нестандартизированные опросники и линейно-аналоговая шкала (ЛАШ), что снижает объективность полученных данных и в полной мере не соответствует принципам доказательной медицины.

В НМХЦ им. Н.И. Пирогова совместно с Межнациональным центром исследования качества жизни было проведено исследование динамики параметров КЖ у пациентов с доброкачественными заболеваниями ЩЖ (ДЗЩЖ) [12]. Производилась оценка КЖ до операции и в разные сроки послеоперационного периода. Авторы делают вывод о незначительном улучшении КЖ с эутиреоидными формами ДЗЩЖ после операции, в связи с чем, ставят закономерный вопрос о более строгих показаниях к хирургическому лечению этой категории пациентов. В исследовании использованы стандартные опросники SF-36, NJ-29, произведена оценка параметров КЖ в динамике. В исследование включены как больные с бессимптомным течением ДЗЩЖ, так и больные с осложненными формами ДЗЩЖ, в том числе с синдромом тиреотоксикоза [12].

В Американской национальной библиотеке медицинской литературы (Medline) в структуре исследований КЖ в тиреологии преобладают работы, посвященные исследованию КЖ у пациентов с ЭОП [38, 41]. Снижение КЖ у пациентов с ДТЗ, осложненным ЭОП общепризнано и подтверждено в ряде исследований [38, 41]. Имеются единичные работы, в которых изучается качество жизни пациентов с заболеваниями щитовидной железы с синдромом тиреотоксикоза [39].

В датском исследовании 2004 года изучалось изменение параметров КЖ пациентов с ДТЗ, после назначения

анти тиреоидной терапии [39]. Использовался популярный общий опросник SF-36 и специальные шкалы для изучения депрессии и тревожности. Установлено, что до лечения КЖ у всех пациентов было значимо ниже популяционной нормы. Через 1 год у 27 из 30 пациентов КЖ не отличалось от популяционной нормы. Следует отметить небольшой размер выборки, включение в исследование только пациентов с ДТЗ, что не дает возможности переноса этих данных на всю генеральную совокупность.

Исследователи из Великобритании выполнили проспективное исследование эффективности радиойодтерапии у 72 пациентов с ДЗЩЖ, в том числе была выделена группа больных с тиреотоксикозом (как ДТЗ, так и МУТЗ). В работе доказано улучшение КЖ пациентов при условии адекватной заместительной терапии [46]. Для проведения исследования использованы шесть опросников (только специфичных для заболеваний щитовидной железы), оценка параметров производилась до лечения и один раз после достижения пациентом эутиреоидного состояния. В данной работе не изучалось изменение параметров КЖ в динамике, также не использовался ни один общий опросник.

Как видно из приведенных данных, работы по изучению КЖ пациентов с синдромом тиреотоксикоза имеются в ограниченном количестве, большинство публикаций носят характер популяционных исследований, не изучается динамика восстановления параметров КЖ в разные сроки после проведенного оперативного лечения, не проводится анализ динамики параметров КЖ различных групп больных (ДТЗ, МУТЗ, ТА), не проводится оптимизация показаний к операции, также часто используются нестандартизированные инструменты (опросники, визуально-аналоговые шкалы), что затрудняет их интерпретацию, сравнение показателей с показателями здоровых людей.

В заключение хотелось бы заметить, что активное развитие клинической тиреоидологии, которая за последнее десятилетие обогатилась большим числом исследований, выполненных на методологической базе доказательной медицины, позволило коллегиально сформулировать клинические рекомендации для практических врачей по большинству аспектов диагностики и лечения токсического зоба [13, 17, 28]. Однако, в доступной литературе, нам не встречаются работы, оценивающие результаты применения современных рекомендаций по хирургическому лечению больных с ДТЗ, МУТЗ и ТА с точки зрения влияния на КЖ пациентов.

На современном этапе развития медицины основной базовый принцип изучения эффективности метода лечения по единодушному признанию специалистов – отдаленный результат, оценка которого должна быть комплексной и корректной. Именно от этого будет зависеть выбор тактики и методов лечения в эндокринной хирургии должен быть основан на определении эффективности не только по традиционным клиническим критериям, но

и на изучении отдаленных результатов, основанных на оценке параметров КЖ, полученных с помощью адекватных методов исследования. Несмотря на известные клинические успехи в лечении данной тяжелой категории больных, пока неисследованным остается вопрос изменения КЖ пациентов после проведенного лечения, трудно судить об одинаковой удовлетворенности результатами лечения не только врачами, но и пациентами.

Литература

1. Статистика заболеваемости: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. // ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ» 2008.
2. Балаболкин М.И. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба и возможности прогнозирования его результатов / М.И. Балаболкин, П.С. Ветшев, Н.А. Петунина [и др.]. // Проблемы Эндокринологии. – 2000. – Т. 4, № 46. – С. 34–38.
3. Бондаренко В.О. Возвратный гортанный нерв в хирургии щитовидной и паращитовидной желез / В.О. Бондаренко. – М.: 2007. – с.
4. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы (хирургические аспекты) / Е.А. Валдина. – 1993.
5. Ветшев П.С. «Ахиллесова пята» в хирургии щитовидной железы / П.С. Ветшев, О.Ю. Карпова. // Проблемы эндокринологии. – 2007. – Т. № 2. – С. 5.
6. Ветшев П.С. Профилактика и лечение нарушения подвижности голосовых складок при операциях на щитовидной железе / П.С. Ветшев, О.Ю. Карпова, К.Е. Чилингарида [и др.]. // Хирургия. – 2005. – Т. 10, – С. 28–34.
7. Ветшев П.С. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения. / П.С. Ветшев, Н.Н. Крылов, Ф.А. Шпаченко. // Хирургия. – 2000. – Т. 1, – С. 64–67.
8. Ветшев П.С. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба / П.С. Ветшев, С.К. Мамаева. // Хирургия. – 2006. – Т. № 2.
9. Ветшев П.С. Повторные операции на щитовидной железе при узловом эутиреоидном зобе / П.С. Ветшев, К.Е. Чилингарида, Д.А. Банный [и др.]. // Хирургия. – 2004. – Т. № 8.
10. Ветшев П.С. Качество жизни больных после различных способов холецистэктомии / П.С. Ветшев, К.Е. Чилингарида, Л.И. Иполлитов [и др.]. // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 1, № 8. – С. 72–79.
11. Ветшев П.С. Мининвазивные технологии в лечении доброкачественных образований щитовидной железы / П.С. Ветшев, К.Е. Чилингарида, Н.Ю. Черепанин. // Хирургия. – 2002. – Т. № 7. – С. 61–64.
12. Вон С.А. Оценка параметров качества жизни больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы: автореф. дисс.... канд. мед. наук / С.А. Вон. – М., 2011. – 25 с.
13. Дедов Н.И. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба / Н.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, и др. // Проблемы эндокринологии. – 2005. – Т. 5, № 51. – С. 40–42.
14. Дедов Н.И. Эндокринология / Н.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
15. Древалев А.В. Влияние лечения радиоактивным йодом на течение эндокринной офтальмопатии / А.В. Древалев, А.Ф. Цыб, О.А. Нечаева [и др.]. // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2007. – Т. 4, № 5. – С. 33–39.
16. Ионова Т.И. Возможности метода оценки качества жизни в эндокринологии / Т.И. Ионова, Ю.М. Федотов, В.А. Шуваев. // Вестник качества жизни. – 2004. – Т. 4, № 3.
17. Хирургическая эндокринология – Хирургическая эндокринология / А.П. Калинин, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшев. – СПб.: Питер, 2004. – с.
18. Крылов Н.Н. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения: автореф. дисс.... д-ра мед. наук / Н.Н. Крылов. – М., 1997.
19. Мамаева С.К. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба и прогноз его результатов: автореф. дисс.... канд. мед. наук / С.К. Мамаева. – М., 2008.
20. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – Санкт-Петербург: Олма-Пресс, 2007. – 320 с.
21. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.

21. Новик А.А. Методологические стандарты разработки новых инструментов оценки симптомов в клинической медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, С.А. Калядина [и др.]. // Вестник качества жизни. – 2010. – Т. 16, № 15.
23. Исследование качества жизни в медицине – Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2004.
24. Романчишен А.Ф. Основные направления и разногласия в лечении больных с диффузным токсическим зобом и раком щитовидной железы / А.Ф. Романчишен, К.В. Валабайте. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – Т. 3, № 170. 5 с.
25. Романчишен А.Ф. Клинические особенности диффузного токсического зоба у мужчин / А.Ф. Романчишен, В.А. Волерт. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2005. – Т. № – С. 43–47.
26. Стойко Ю.М. Мониторинг параметров качества жизни и симптомов у больных после традиционной и лапароскопической аппендэктомии / Ю.М. Стойко, Т.И. Ионова, А.А. Новик [и др.]. // Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. – 2010. – Т. 2, № 5.
27. Фадеев В.В. Диагностика и лечение при нарушениях функции щитовидной железы / В.В. Фадеев. // Клиническая и экспериментальная тиреологическая. – 2008. – Т. 2, № 4.
28. Фадеев В.В. Диагностика и лечение токсического зоба / В.В. Фадеев. // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т. 11, № 10. – С. 513–516.
29. Цуркан А.Ю. Спорные вопросы хирургического лечения болезни Грейвса / А.Ю. Цуркан, В.Э. Ванушко, Д.Г. Бельцевич. // Клиническая и экспериментальная тиреологическая. – 2009. – Т. 4, № 5. – С. 15–23.
30. Цуркан А.Ю. Оценка влияния различных факторов на исход субтотальной резекции щитовидной железы при болезни Грейвса / А.Ю. Цуркан, В.Э. Ванушко, Г.А. Манушакян. // Клиническая и экспериментальная тиреологическая. – 2011. – Т. 1, № 7.
31. Шевченко Ю.Л. Перитонит: качество жизни пациентов после хирургического лечения / Ю.Л. Шевченко, П.С. Ветшев, Н.Н. Севенкова. // Хирургия. – 2004. – Т. № 12.
32. Шевченко Ю.Л. Метод интегральных профилей в изучении качества жизни больных с ревматоидным артритом / Ю.Л. Шевченко, А.А. Новик, Т.И. Ионова [и др.]. // Вестник качества жизни. – 2004. – Т. 4, № 3.
33. Abraham-Nordling M. Graves' disease: a long-term quality-of-life follow up of patients randomized to treatment with antithyroid drugs, radioiodine, or surgery / M. Abraham-Nordling, O. Topping, B. Hamberger [и др.]. // Thyroid. – 2005. – Т. 11, № 15. – P. 1279–1286.
34. Abraham-Nordling M. Thyroid hormone state and quality of life at long-term follow-up after randomized treatment of Graves' disease / M. Abraham-Nordling, G. Wallin, G. Lundell [и др.]. // Eur J Endocrinol. – 2007. – Т. 2, № 156. – P. 173–179.
35. Biondi B. Endogenous subclinical hyperthyroidism affects quality of life and cardiac morphology and function in young and middle-aged patients / B. Biondi, E.A. Palmieri, S. Fazio [и др.]. // J Clin Endocrinol Metab. – 2000. – Т. 12, № 85. – P. 4701–4705.
36. Brent G.A. Clinical practice. Graves' disease / G.A. Brent. // N Engl J Med. – 2008. – Т. 24, № 358. – P. 2594–2605.
37. Cooper D.S. Antithyroid drugs / D.S. Cooper. // N Engl J Med. – 2005. – Т. 9, № 352. – P. 905–917.
38. Egle U.T. The relevance of physical and psychosocial factors for the quality of life in patients with thyroid-associated orbitopathy (TAO) / U.T. Egle, G.J. Kahaly, F. Petrak [и др.]. // Exp Clin Endocrinol Diabetes. – 1999. – Т. № 107 Suppl 5. – P. S168–171.
39. Elberling T.V. Impaired health-related quality of life in Graves' disease. A prospective study / T.V. Elberling, A.K. Rasmussen, U. Feldt-Rasmussen [и др.]. // Eur J Endocrinol. – 2004. – Т. 5, № 151. – P. 549–555.
40. Elkinton J.R. Medicine and the quality of life / J.R. Elkinton. // Ann Intern Med. – 1966. – Т. 3, № 64. – P. 711–714.
41. Gerding M.N. Quality of life in patients with Graves' ophthalmopathy is markedly decreased: measurement by the medical outcomes study instrument / M.N. Gerding, C.B. Terwee, F.W. Dekker [и др.]. // Thyroid. – 1997. – Т. 6, № 7. – P. 885–889.
42. Hollowell J.G. Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) / J.G. Hollowell, N.W. Staehling, W.D. Flanders [и др.]. // J Clin Endocrinol Metab. – 2002. – Т. 2, № 87. – P. 489–499.
43. Ross D.S. Radioiodine therapy for hyperthyroidism / D.S. Ross. // N Engl J Med. – 2011. – Т. 6, № 364. – P. 542–550.
44. Spiegelhalter D.J. Quality of life measures in health care. III: Resource allocation / D.J. Spiegelhalter, S.M. Gore, R. Fitzpatrick [и др.]. // BMJ. – 1992. – Т. 6863, № 305. – P. 1205–1209.
45. Surgue D.D. Long term follow-up of hyperthyroid patients treated by subtotal thyroidectomy / D.D. Surgue, M.I. Drury, M. McEvoy [и др.]. // Br J Surg. – 1983. – Т. 7, № 70. – P. 408–411.
46. Watt T. Quality of life in patients with benign thyroid disorders. A review / T. Watt, M. Groenvold, A.K. Rasmussen [и др.]. // Eur J Endocrinol. – 2006. – Т. 4, № 154. – P. 501–510.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70
e-mail: nmhc@mail.ru