

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Вон С.А., Ветшев П.С., Новик А.А., Знаменский А.А.
Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова

УДК: 612.013-021.4: 616.441-006-089

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BENIGN ILLNESSES OF THYROID AS AN EFFICIENCY CRITERION OF SURGICAL TREATMENT

Von S.A., Vetshev P.S., Novik A.A., Znamensky A.A.

Качество жизни – понятие важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, так как конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека.

Ю.Л. Шевченко, 2007 г.

Операция на щитовидной железе – признанный метод лечения больных доброкачественными заболеваниями щитовидной железы (ДЗЩЖ), широко применяемый в России, США, Японии и Европе. Вопросы диагностики, тактики лечения и показаний к операции при различных нозологических формах заболеваний щитовидной железы далеки от окончательного решения и постоянно обсуждаются в периодической печати [11]. Исследование качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем и его интегрального показателя, выраженного в цифровом значении – уникальный подход, позволяющий изучить влияние заболевания и лечения на составляющие здоровья человека – физическое, психологическое и социальное функционирование [8, 16]. Такие исследования дают возможность оценить эффективность выбранной тактики диагностики и лечения ДЗЩЖ, основываясь не только на показатели стандартных инструментальных и лабораторных исследований (УЗИ, ТТГ, ТПБ и др.), но и на субъективные восприятия пациентов. Оценка интегрального показателя КЖ позволяет уточнить показания к оперативному вмешательству и его объему [8]. В последние годы оценка интегрального показателя КЖ проводится практически во всех областях медицины. Эти исследования признаны высокоинформативными, чувствительными и экономически выгодными [15, 17]. Исследования КЖ позволяют прогнозировать отдаленные результаты оперативного лечения [15]. Однако исследования, посвященные изучению КЖ больных ДЗЩЖ, имеются в ограниченном количестве. Из анализа литературы следует, что вероятность ухудшения КЖ, связанного со здоровьем, у пациентов ДЗЩЖ в долгосрочной перспективе очень велика [32]. Описан широкий диапазон проблем, затрагивающий общие и специфические

аспекты КЖ пациентов с этими заболеваниями. Однако многие исследования используют нестандартизованные инструменты, не имеет полного клинического описания пациентов. Нет данных об исследованиях, оценивающих КЖ пациентов после оперативного лечения ДЗЩЖ в соответствии с современными рекомендациями Российской Ассоциации Эндокринологов (РАЭ). Актуальность проблемы увеличивается в связи с тем, что ДЗЩЖ поражаются, в основном, лица молодого возраста. Это делает проблему не только медицинской, но и социальной [10].

До середины 90-х годов XX века фактически не было единого подхода к хирургической тактике у больных ДЗЩЖ. Наличие узловых образований, не зависимо от их размеров и морфологической структуры, уже рассматривалось как показание к оперативному вмешательству. При этом выполнялись экономные резекции ЩЖ, энуклеации не только при узловых, но и при многоузловых формах эутиреоидного зоба. Такая тактика тем более в условиях йодного дефицита, обычно, приводила к негативным последствиям – рецидиву заболевания. Повторные операции многократно увеличивали риск осложнений, таких как кровотечение и послеоперационное нарушение подвижности голосовых складок, и без того являющихся «ахиллесовой пятой» хирургической тиреологии [5].

Гипотиреоз в послеоперационном периоде у больных с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) считался осложнением хирургического вмешательства, тогда как сегодня же он является целью операции, равно как и радиойодтерапии [1, 3, 7]. В те или иные сроки после операционного вмешательства у больных с сохраненным тиреоидным остатком развивался гипотиреоз или возник рецидив тиреотоксикоза [14, 25]. Причинами развития рецидива заболевания являлись неустранимость первичных патогенетических факторов, недостаточный объем операции [5]. Многие исследователи сошлись во мнении, что сохранение или рецидив тиреотоксикоза после операции — это одна из самых неблагоприятных ситуаций, которая может возникнуть при лечении ДТЗ в целом (по сравнению с гипотиреозом), с чем трудно не согласиться. Поэтому оптимальным объемом оперативного вмешательства при ДТЗ, вероятно, следует признать тиреоидэктомию [23, 30, 33].

На сегодняшний день заместительная терапия препаратами левотироксина при послеоперационном гипотиреозе является общепринятой, обоснованием для этого служат [4]:

- простота диагностики гипотиреоза;
- единственной жизненно важной функцией ЩЖ является продукция тиреоидных гормонов;
- суточный ритм секреции у тиреоидных гормонов практически отсутствует (вариации в течение суток менее 15%), в связи с чем ежедневный прием L-T4 в одной и той же дозе легко моделирует их эндогенную продукцию;
- стабильность потребности организма в тиреоидных гормонах (в редких случаях – изменение подобранной дозы L-T4 требуется при выраженной динамике массы тела, беременности и параллельном назначении некоторых лекарственных препаратов);
- высокая биодоступность L-T4 при пероральном приеме;
- наличие точного критерия (уровень ТТГ), который в полной мере отражает качество компенсации гипотиреоза в течение длительного срока (около 2–3 мес);
- длительный период полужизни L-T4 в плазме (около 7 сут);
- относительно невысокая цена препаратов L-T4;
- качество жизни пациентов с гипотиреозом, постоянно получающих заместительную терапию L-T4, незначительно отличается от такового для лиц без гипотиреоза [28]. Принципы заместительной терапии гипотиреоза хорошо известны и подробно обсуждаются во многих руководствах [10, 12, 21, 22].

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения больных основными ДЗЩЖ, такими как ДТЗ и, особенно, узловыми (многоузловыми) формами эутиреоидного зоба, заставило хирургов и эндокринологов задуматься о тактике оперативного лечения и последующей лекарственной терапии. Сегодня диагностика, тактика лечения и показания к операции при различных нозологических формах заболеваний ЩЖ детально обозначены в современных рекомендациях международных ассоциаций эндокринологов, выработанных в конце XX – начале XXI веков [10, 11]. Но в действительности практикующие врачи не всегда следуют разработанным алгоритмам диагностики и лечения тиреоидной патологии. Современная тактика лечения ДЗЩЖ базируется на ограниченных показаниях к хирургическому лечению, при этом объем оперативного вмешательства должен быть максимально радикальным [11]. Так, при узловых формах зоба минимально допустимым объемом оперативного лечения считается гемитиреоидэктомия. При многоузловых и диффузных токсических формах зоба – тиреоидэктомия или предельно-субтотальная резекции [9]. Хирургическое вмешательство остается основным в лечении ДЗЩЖ, несмотря на многочисленные публикации об альтернативных методах лечения ДЗЩЖ (химическая, лазерная, радиочастотная деструкция узловых образований ЩЖ).

При этом, наиболее важными остаются три основных аспекта, активно обсуждаемые в литературе: показания к операции, выбор оптимального объема оперативного вмешательства, профилактика осложнений и рецидива заболевания [5, 6]. Именно по этим ключевым положениям мнения специалистов не всегда совпадают, а порой диаметрально расходятся [7, 9, 19].

Среди доброкачественных заболеваний ЩЖ в практике хирурга – эндокринолога наиболее часто встречаются: диффузный токсический зоб, узловой (многоузловой) эутиреоидный зоб, коллоидный узловой (многоузловой) токсический зоб, аутоиммунный тиреоидит.

Понятие «узловой эутиреоидный зоб» является собирательным и включает в себя различные патологические состояния, которые имеют общие клинические признаки: наличие ограниченного (узлового) увеличения ЩЖ, определяемое при пальпации или иными методами и отличающегося от остальной ткани плотностью или другими характеристиками, при сохранении эутиреоидного состояния больных [7, 9, 11, 19]. Термин «многоузловой зоб» целесообразно использовать при обнаружении в ЩЖ двух и более узловых образований. Наиболее частым заболеванием (около 90%), протекающим с формированием узловых образований ЩЖ, является коллоидный, в разной степени пролиферирующий зоб, который по морфологии не относится к опухолям ЩЖ [6, 8, 11]. Диффузный токсический зоб (ДТЗ, болезнь Грейвса, Базедова и др.) – системное аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки стимулирующих антител к ТТГ-рецептору, проявляющееся поражением щитовидной железы с развитием тиреотоксикоза в сочетании с характерной экстратиреоидной патологией. Среди заболеваний, протекающих с синдромом тиреотоксикоза, на долю ДТЗ приходится до 80% наблюдений [20].

Узловой (многоузловой) токсический зоб в большинстве случаев, является йододефицитным заболеванием, при котором стойкая патологическая гиперпродукция тиреоидных гормонов в условиях йододефицита обусловлена формированием в ЩЖ автономно функционирующих тироцитов [9].

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) — заболевание, в основе которого лежит органоспецифическая аутоиммунизация тиреоидными антигенами с продукцией аутоантител и цитотоксических лимфоцитов вследствие генетического или приобретенного дефекта системы иммунологического контроля [9, 11]. Заболеваемость среди населения разных стран по сведениям авторов колеблется от 0,2–1,2% [21].

Важное значение в понимании роли диагностического поиска, методов лечения и выбора хирургической тактики ДЗЩЖ отведено клиническим рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ), Европейской ассоциации и Американской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба [11, 24, 28]. Рекомендации обобщили мнения экспертов по ключевым и наиболее принципиальным аспектам проблемы узлового (многоузлового) зоба применительно к

клинической практике и разработали базовые принципы по его диагностике и лечению. Но на практике, судя по публикациям, не все специалисты разделяют подходы к диагностике и лечению ДЗЩЖ. Возможно, это обусловлено отсутствием доказательной базы эффективности современных рекомендаций.

До последнего времени результаты хирургического лечения оценивались самими врачами, в большей части, исходя из показателей результатов клинических исследований: длительности пребывания в стационаре, количества интра- и послеоперационных осложнений, летальности, а так же частоты и степени выраженности отклонений от нормы различных физиологических констант, регистрируемых лабораторными и инструментальными методами исследований. При этом упускаются из внимания хирурга или недостаточно полно отражаются психоэмоциональные и другие субъективные изменения состояния пациентов в результате операции. И, главное, не учитывается мнение самого пациента об эффективности выполненного оперативного вмешательства, что для больного имеет большее значение, чем динамика лабораторных и инструментальных показателей [9, 16]. Эффективность хирургического лечения, по мнению экспертов ВОЗ, следует оценивать интегральным показателем КЖ пациентов в послеоперационном периоде. Исследовательская группа ВОЗ в настоящее время рассматривает вопросы эффективности и качества медицинской помощи с учетом трех основных критериев: адекватности, экономичности и научно-технического уровня [16, 33]. При этом под адекватностью медицинской помощи следует понимать необходимость достижения приемлемого для больного уровня КЖ. Следовательно, КЖ исследователи определяют, как степень удовлетворения человека своим физическим, психическим и социальным состоянием. Медицинскими же аспектами КЖ считают влияние заболевания (отдельных симптомов), ограничение функциональной способности и проводимого или проведенного лечения на повседневную жизнедеятельность человека [17]. При изучении КЖ можно представить сущность клинической проблемы и выбрать наиболее рациональный подход к лечению и оценить его эффективность по параметрам, занимающим промежуточное положение между точными клиническими (лабораторно-инструментальными) исследованиями и субъективными ощущениями пациента. Ведущие специалисты, занимающиеся этой проблемой, полагают, что пока не изучено влияние заболевания и хирургического лечения на качество жизни в отдаленные сроки, нельзя с полной мерой объективности судить об эффективности такого лечения [8, 9, 15, 33].

Следовательно, пока не изучена динамика показателей КЖ пациентов с ДЗЩЖ, оперированных в соответствии с современными клиническими рекомендациями, хирургическая тактика лечения патологии ЩЖ критична, открыта для дискуссии, а ее выбор весьма субъективен и зависит от индивидуальных предпочтений хирургов, установок различных региональных школ и других фак-

торов [11, 13, 14]. Данные о КЖ, сообщаемые пациентом, наряду с традиционными врачебными заключениями, позволяют создать полную и объективную картину болезни. Основопологающим фактором в оценке КЖ является непосредственное участие в нем больного, который представляет субъективное восприятие своего здоровья. Как показали проведенные исследования, эта информация, получаемая от пациента, зачастую, не совпадает с врачебной [18]. Особое значение метод оценки КЖ имеет в определении экономической эффективности разных методов лечения и лечебных программ. Для получения сопоставимых результатов и их дальнейшего применения в клинической практике пользуются стандартными инструментами оценки КЖ, которыми являются опросники [15, 16]. В настоящее время известно более 500 опросников оценки КЖ больных с разными заболеваниями [33]. В России, США и Европе существуют центры, специализирующиеся на разработке опросников КЖ. Методология исследования КЖ позволяет применение только стандартизированных опросников, апробированных в клинических исследованиях и на практике [17, 31]. Значение изучения КЖ обусловлено тем, что зачастую уровень КЖ, связанного со здоровьем и тяжесть заболевания не имеет прямой зависимости. Его интегральный показатель в цифровом значении отражает субъективное восприятие человека его физического, психологического, эмоционального и социального функционирования до – и после оперативного лечения.

Всем понятна эффективность хирургического лечения при ДТЗ и МУТЗ, которые сопровождаются тяжелым течением тиреотоксикоза. Показания же к хирургическому лечению узловых (многоузловых) зобов с нормальной гормональной активностью имеет размытые границы и тракуются весьма произвольно [9]. Прослеживается негативная тенденция к увеличению оперативной активности, не всегда оправданной, в отношении различных контингентов больных с заболеваниями ЩЖ. Зачастую это маскируется возможностью проведения миниинвазивных, малотравматичных операций, применением инновационных технологий. Последнее усугубляет тот факт, что при этом часто выполняются частичные резекции ЩЖ и энуклеации узлов [7]. Некоторые литературные источники сообщают о целесообразности операций при банальном коллоидном зобе, в том числе при минимальных размерах образований и без компрессионного синдрома [2, 5, 6, 19, 32]. Изучение влияния заболевания и хирургического лечения на КЖ пациентов при дифференцированном подходе к показаниям оперативного лечения, адекватном объеме хирургического вмешательства, в соответствии с последними рекомендациями международных ассоциаций эндокринных хирургов позволит оценить эффективность современных подходов к хирургическому лечению больных ДЗЩЖ.

Подводя итог проведенного анализа литературы, необходимо отметить следующее:

1. ДЗЩЖ страдает более 1/3 населения Земли, преиму-

ственно это люди молодого возраста, что делает эту проблему не только медицинской, но и социальной.

2. Эти заболевания редко угрожают жизни пациента, а лечение, в основном, должно быть связано с оптимизацией КЖ.
3. Отмечается тенденция к увеличению, не всегда обоснованной, хирургической активности в отношении больных ДЗЩЖ, нивелируемая миниинвазивностью оперативных технологий.
4. Необходим анализ ранних и отдаленных результатов оперативного лечения для оценки эффективности современных «рекомендаций РАЭ по диагностике и лечению зоба» с учетом современных принципов доказательной медицины и изучением КЖ оперированных больных.
5. Вовлечения аспектов КЖ, связанного со здоровьем, приобретают все большую значимость в клинической практике для оценки больных ДЗЩЖ, что обусловлено:
 - а) значительным увеличением в последние годы количества пациентов с этими заболеваниями;
 - б) признанием исследования КЖ в качестве высокоинформативного, чувствительного метода оценки здоровья;
 - в) оценка интегрального показателя КЖ проводится в последние годы практически во всех областях медицины;
 - г) отсутствием исследований, изучающих КЖ больных ДЗЩЖ прошедших лечебно-диагностический алгоритм в соответствии с современными «рекомендациями РАЭ по диагностике и лечению зоба».

Таким образом, исследование КЖ, связанного со здоровьем, у пациентов, страдающих ДЗЩЖ, позволит изучить влияние данного заболевания и его хирургического лечения на основные составляющие здоровья данной группы больных, объективизировать оценку эффективности лечения, уточнить показания к операции.

Литература

1. Бондаренко В.О. Методика хирургического лечения диффузного токсического зоба // Хирургия. – 2001. – № 6. – С. 4–7.
2. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Чилингарида К.Е., Салиба М.Б. Профилактика и лечение нарушений подвижности голосовых складок при операциях на щитовидной железе // Хирургия. – 2005. – № 10. – С. 10–12.
3. Ветшев П.С., Балаболкин М.И., Петунина Н.А. О показаниях к хирургическому лечению диффузного токсического зоба // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 5–9.
4. Ветшев П.С., Балаболкин М.И., Петунина Н.А. и др. Критерии отбора больных для хирургического лечения при диффузном токсическом зобе // Материалы VIII (X) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Казань, 1999. – С. 82–84.
5. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Салиба М.Б. «Ахиллесова пята» в хирургии щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. – 2007. – №2. – С. 3–8.
6. Ветшев П.С., Мельниченко Г.А., Кузнецов Н.С. и др. Заболевания щитовидной железы. – М. – 1996. – С. 60–73.
7. Ветшев П.С., Чилингарида К.Е., Банный Д.А., Дмитриев Е.Е. Повторные операции на щитовидной железе при узловом аутиреоидном зобе // Хирургия. – 2004. – №8. – С. 37–40.
8. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 64–67.
9. Ветшев П.С., Знаменский А.А., Животов В.А. Современные концепции хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы // Научные труды НМХЦ им. Н.И. Пирогова. – 2008. – Т. 1.
10. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Свириденко Н.Ю. и др. Оценка йодной недостаточности в отдельных регионах России // Проблемы эндокринологии. – 2000. – № 6. – С. 3–7.
11. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. и др. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2006. – № 1. – С. 8–11.
12. Джулай Г.С. Качество жизни и отношение к болезни // Клиническая медицина. – 2002. – № 7. – С. 32–36.
13. Лукомский Г.И., Шулушко А.М., Семиков В.И. Клинико-морфологическая характеристика и особенности течения дифференцированных форм рака щитовидной железы // Хирургия. – 1999. – № 7. – С. 4–8.
14. Николаев О.В. Субтотальная резекция щитовидной железы // Хирургия. – М. – 1951.
15. Новик А.А., Матвеева С.А., Ионова Т.И. // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.
16. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. // Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М. Гэотар-Мед. – 2004.
17. Новик А.А., Ветшев П.С., Знаменский А.А. и др. Опросник оценки симптомов NJ NIS-TG для больных с патологией щитовидной железы // Вестник Межрегионального центра исследования качества жизни. – 2008. – № 11. – С. 78.
18. Пантелеев И.В. Морфофункциональное обоснование объема резекции щитовидной железы при диффузном токсическом зобе // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Рязань. – 1996. – С. 20.
19. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. // Хирургическая эндокринология. – 2004.
20. Старковой Н.Т. // Клиническая эндокринология 3-е изд. – СПб. – Питер, 2002. – С. 576.
21. Фадеев В.В. // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т. 10. – № 11. – С. 513–516.
22. Фадеев В.В. // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2006. – №1.
23. Фадеев В.В. // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 10: 27. – С. 1262–1265.
24. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. // AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules – Endocr. Pract. — 2006 — Vol. 12. – P. 63–102.
25. Clin J. Increased in Hypothyroid Patients and Become Normalized by L-Thyroxine Treatment. // Clin. Endocrinol. Metab. – 2008. – June 1. –P. 2277–2280.
26. Davis J.D., Tremont G. Neuropsychiatric aspects of hypothyroidism and treatment // Gender and Endocrine System Reviews. – 2007. – Vol. 32. № 01. – March. – P. 49.
27. Gjedde S., Vestergaard E.T., Gormsen L.C. et al. Serum Ghrelin Levels Are Increased in Hypothyroid Patients and Become Normalized by L-Thyroxine Treatment J // Clin. Endocrinol. Metab. – 2008. – 93(6). – June 1. – P. 2277–2280.
28. Pacini F. et al. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. – 2006.
29. Pathwardan N., Catalgo T., Braverman L.E. Surgical management of the patient with papillary cancer // Surg. Clin. North Amer. – 1995. – Vol. 75, № 3. – P. 449–464.
30. Miccoli P., Vitti P., Rago T. et al. Surgery. – 1996. – 120. – 6. – P. 1020–1024.
31. Morris A., Perez D., McNoe B. The use of quality of life in clinical practice // Qual. Life Research. – 1998. – Vol. 7. – P. 85–91.
32. Sugrue D., Drury M., McEvoy M. et al. Long term follow up of hyperthyroid patients treated by subtotal thyroidectomy//Br. J. Surg. – 1983, 70. – P. 408–411.
33. Torquill W., Groenvold M., Rasmussen K. European Journal of Endocrinology // Quality of life in patients with benign thyroid disorders. A review. – 2006. – 154. – P. 501–510.
34. Weetman A.P. // Thyroid international. – 2003. – 2.25.05.05.

Контактная информация

Ветшев П.С.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70

e-mail: nmhc@mail.ru