

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Рыбачков В.В., Тевяшов А.В., Россошанская Е.И., Кабанов Е.Н.

Кафедра госпитальной хирургии
Ярославской государственной медицинской академии, Ярославль
E-mail: jugine-84@mail.ru

Представлены отдаленные результаты хирургического лечения узлового зоба. Для оценки качества жизни использовалась русская версия медицинского опросника SF-36. Исследованы гормональный фон, объем и ультразвуковая картина тиреоидного остатка. В отдаленном послеоперационном периоде эхоструктурные изменения тиреоидной ткани после субтотальной резекции обеих долей щитовидной железы наблюдаются более чем у половины больных, при этом показатели качества жизни у таких пациентов ниже, чем у тех, кто перенес тиреоидэктомию.

Ключевые слова: узловые образования щитовидной железы, качество жизни, опросник SF-16.

ESTIMATION OF LIFE QUALITY OF THE OPERATED PATIENTS WITH THYROID NODULAR

Rybachkov V.V., Tevyashov A.V., Rossoshanskaya E.I., Kabanov E.N.

Hospital Surgery Department of the Yaroslavl State Medical Academy, Yaroslavl

Long-term results of treatment of nodular goiter are presented. We used Russian version of medical questionnaire SF-16 to estimate the quality of life. Level of thyroid hormones, ultrasound picture and volume of thyroid remnant are examined. Ultrasound changes in thyroid tissue after subtotal resection of both lobes in the late postoperative period take place in more than half of cases, as well as the indicators of life quality were considerably worse in this group of patients than after thyroidectomy.

Keywords: thyroid nodular, quality of life, questionnaire SF-16.

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) в настоящее время по своей распространенности занимают первое место в структуре эндокринной патологии, и на их долю приходится большая часть обращений к эндокринологу [5]. При этом узловой зоб является самым распространенным заболеванием в структуре патологии щитовидной железы [1]. В России частота обнаружения узлового коллоидного зоба у женщин старше 30 лет составляет примерно 30% [6]. Объем оперативного вмешательства при узловой трансформации ЩЖ является предметом продолжающихся дискуссий [2]. Некоторые авторы предлагают выполнять органосохраняющие вмешательства для профилактики послеоперационного гипотиреоза (ПОГ), другие исследователи являются сторонниками радикальных операций [2,7], отмечая, что, несмотря на локальность проявлений, коллоидный пролиферирующий зоб у пациента является заболеванием всего органа [5].

В последние десятилетия все большее внимание исследователей привлечено к качеству жизни (КЖ) пациентов как субъективному показателю адекватности лечения. Данный метод особенно актуален применительно к узловым образованиям ЩЖ, так как последние в большинстве своем не опасны для жизни и распространены среди лиц трудоспособного возраста.

«Качество жизни» определяют как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии [4].

Цель работы – изучить отдаленные результаты хирургического лечения узловых образований ЩЖ в зависимости от объема оперативного пособия и соотнести их с качеством жизни пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были изучены отдаленные результаты хирургического лечения 284 больных, оперированных по поводу узловых образований ЩЖ на базе кафедры госпитальной хирургии Ярославской государственной медицинской академии. Возраст пациентов варьировал в пределах 28 – 82 года (средний возраст 61 ± 1 год). Мужчин было – 20, женщин – 264. Из них коллоидный пролиферирующий зоб выявлен у 178 больных, что составило 62,68%, в т.ч. рецидивный – у 14 пациентов (4,93%), аденомы ЩЖ – у 68 больных (23,94%), высокодифференцированные формы рака ЩЖ – у 38 больных (13,38%). К моменту исследования прошло от двух до десяти лет после выполнения оперативного пособия. Пациенты перенесли следующие по объему операции: гемитиреоидэкто-

мия (ГТЭ) была выполнена 64 больным (22,54%), субтотальная резекция обеих долей ЩЖ (СРЩЖ) – 66 больным (23,24%), удаление одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой – 74 больным (26,06%), тиреоидэктомия (ТЭ) выполнялась 80 больным (28,16%).

Оценка тиреоидного статуса проводилась по уровню тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного Т4 (Т4св). Содержание Т3 менее информативно для выявления гипотиреоза, т.к. его концентрация при недостаточной функции ЩЖ может быть нормальной [1]. Субклинический гипотиреоз (повышение концентрации ТТГ на фоне нормального уровня Т4св) представляет собой легкую и наиболее часто встречающуюся форму гипотиреоза, однако способствует атерогенезу и повышает риск развития атеросклероза аорты и инфаркта миокарда. При повышении концентрации ТТГ выше 10 мМЕ/л, даже на фоне нормального уровня Т4св, можно говорить о прогрессировании субклинического гипотиреоза в манифестный [3].

Объем тиреоидного остатка, а также наличие экзоструктурных изменений определялись посредством ультразвуковой диагностики.

Для оценки качества жизни применялась адаптированная русскоязычная версия краткой формы Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) [8]. 36 пунктов данного опросника сгруппированы в восемь шкал. Физическое функционирование – Physical Functioning (PF) – отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – Role-Physical Functioning (RP) – отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность. Интенсивность боли – Bodily pain (BP) – характеризует влияние

боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Общее состояние здоровья – General Health (GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Жизненная активность – Vitality (VT) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Социальное функционирование – Social Functioning (SF) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – Role-Emotional (RE) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Психическое здоровье – Mental Health (MH) – характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» (ФКЗ) и «психологический компонент здоровья» (ПКЗ). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Достоверность различий полученных данных определяли методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Зависимость тиреоидного статуса от объема оперативного пособия представлена на табл. 1.

Проведенные ретроспективные исследования показали, что в послеоперационном периоде не получали препараты левотироксина и сохраняли нормальный уровень тиреоидных гормонов 28 больных (9,86%), из них 18 (28,13% от общего ко-

Таблица 1
Тиреоидный статус в зависимости от объема хирургического вмешательства

Объем операции	Количество больных (%) с различными тиреоидными статусами после операции			
	Эутиреоз		Субклинический ПОГ	Манифестный ПОГ
	Всего	Не получали L-тироксин		
Гемитиреоидэктомия (n = 64)	52 (81,25%)	18 (28,13%)	12 (18,75%)	-
Субтотальная резекция ЩЖ (n = 66)	54 (81,82%)	8 (12,12%)	10 (15,15%)	2 (3,03%)
Удаление одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой (n = 74)	44 (59,46%)	2 (2,70%)	20 (27,03%)	10 (13,51%)
Тиреоидэктомия (n = 80)	56 (70,00%)	-	18 (22,50%)	6 (7,50%)

личества подобных операций), – перенесли ГТЭ, 8 (12,12%) – СРЦЖ и 2 (2,70%) – удаление одной доли с резекцией другой.

Остальные пациенты (вне зависимости от тиреоидного статуса) в послеоперационном периоде получали L-тироксин, суточная доза которого находилась в пределах от 25 до 150 мкг. Из них ПОГ был выявлен у 78 (27,47%) пациентов. Манифестный гипотиреоз определялся у 18 (6,34%) наблюдаемых, субклинический – у 60 (21,13%) пациентов, в т.ч. с уровнем ТТГ ниже 10 мЕд/л – у 46 человек (16,20%), выше 10 мЕд/л – у 14 (4,93%) соответственно.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют, что степень корригирующей терапии после оперативного пособия определяется объемом тиреоидного остатка и степенью его активности.

Среди обследованных нами пациентов объем тиреоидного остатка по данным ультразвукового исследования в отдаленном послеоперационном периоде был следующим. После ГТЭ он составил $6,05 \pm 0,85$ мл, после СРЦЖ – $4,69 \pm 1,01$ мл, после удаления одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой – $2,60 \pm 0,51$ мл, после ТЭ объем тиреоидного остатка составил $0,18 \pm 0,09$ мл.

Эхоструктурные изменения в виде наличия узлов, кист, гипоехогенных участков выявлены в 34,38% случаев после ГТЭ (причем поражение оставленной после операции доли обнаружено у

31,25% больных, поражение ЩЖ с обеих сторон – у 3,13%). Вышеуказанные изменения выявлены после СРЦЖ в 52,17% случаев, после удаления одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой – у 17,14%. Узлы размером более 1 см и, соответственно, требующие активной лечебной тактики в виде ТИАБ и возможного применения малоинвазивных хирургических методов у пациентов, перенесших ГТЭ, выявлены в 3,13% случаев. После СРЦЖ – у 26,09% пациентов, после удаления одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой – у 5,71%. Рецидив узлового зоба, потребовавший оперативного лечения, был выявлен в 3,13% наблюдений после ГТЭ и в 4,35% – после СРЦЖ.

Проведенная сравнительная оценка показателей качества жизни пациентов, перенесших различные по объему хирургические вмешательства, отражена в табл. 2.

Наиболее высокие показатели по всем параметрам опросника SF-36 были зафиксированы после ГТЭ, за исключением показателя «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP), который был выше у пациентов, перенесших ТЭ ($p < 0,001$). После удаления одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой – показатели оказались наименьшими по всем параметрам, кроме нескольких, относящихся преимущественно к психологическому компоненту здоровья. Показатель общего состояния здоровья (GH) был ниже у пациентов после

Таблица 2

Показатели качества жизни пациентов в зависимости от объема оперативного вмешательства по данным опросника SF-36 ($M \pm m$)

Показатель качества жизни	Объем операции			
	Гемитиреоидэктомия (n = 64)	Субтотальная резекция ЩЖ (n = 66)	Удаление одной доли с резекцией или субтотальной резекцией другой (n = 74)	Тиреоидэктомия (n = 80)
PF	79,16 $\pm$ 5,49	76,87 $\pm$ 10,93	59 $\pm$ 5,35*	61,25 $\pm$ 10,04*
RP	58,33 $\pm$ 10,87	50 $\pm$ 14,17	46,67 $\pm$ 11,67*	64,58 $\pm$ 7,82
BP	77,75 $\pm$ 5,69	70,87 $\pm$ 12,52	61,47 $\pm$ 5,51*	71,92 $\pm$ 7,10
GH	59,13 $\pm$ 5,42	51 $\pm$ 4,76	48,73 $\pm$ 3,61*	48,42 $\pm$ 4,72*
VT	63 $\pm$ 5,91	49,37 $\pm$ 6,91*	48 $\pm$ 5,62*	50,42 $\pm$ 8,01
SF	78,33 $\pm$ 6,16	60,94 $\pm$ 4,38*	68,33 $\pm$ 4,54	75 $\pm$ 6,15**
RE	80 $\pm$ 6,34	45,83 $\pm$ 15,35*	42,22 $\pm$ 11,01*	61,95 $\pm$ 11,84
MH	65,33 $\pm$ 4,34	54 $\pm$ 5,34*	55,2 $\pm$ 5,06*	58,33 $\pm$ 5,67
PH (ФКЗ)	47,17 $\pm$ 2,12	46,62 $\pm$ 4,30	41,44 $\pm$ 1,93	43,57 $\pm$ 2,62
MH (ПКЗ)	47,93 $\pm$ 1,98	37,94 $\pm$ 2,42*	40,85 $\pm$ 2,7	44,05 $\pm$ 3,74**

Примечание:

* – достоверность к группе больных, перенесших гемитиреоидэктомию ($p < 0,001$);

** – достоверность к группе больных, перенесших субтотальную резекцию ЩЖ ($p < 0,001$).

ТЭ ($p < 0,001$), а показатели социального функционирования (SF), психического здоровья (MH) и интегральный показатель психологического компонента здоровья (ПКЗ) были ниже у пациентов, после СРЩЖ ($p < 0,001$).

Обращает на себя внимание то, что пациенты, которым были выполнены радикальные операции (ТЭ) субъективно чувствовали себя лучше в физическом и эмоциональном плане, чем те, кто перенес СРЩЖ, либо удаление одной доли ЩЖ с резекцией или субтотальной резекцией другой. Исключение составил лишь показатель «общее состояние здоровья» (GH) – после органосохраняющих операций он был выше ($p < 0,001$).

Таким образом, эхоструктурные изменения тиреоидной ткани после СРЩЖ наблюдаются более чем у половины обследованных больных в отдаленном послеоперационном периоде, а частота ПОГ сравнима с таковой у больных, перенесших ТЭ. При этом послеоперационный гипотиреоз можно расценивать не как осложнение, а как закономерный исход обширных резекций тиреоидной ткани.

Диспансерное наблюдении эндокринолога в послеоперационном периоде и адекватная заместительная терапия L-тироксинотом позволяют сохранять эутиреоидный статус у большинства оперированных больных, даже при радикальных операциях на ЩЖ, тем самым поддерживая хорошее качество жизни. Показатели физического и эмоционального здоровья достоверно выше у пациентов, перенесших ТЭ, по сравнению с теми,

кому были выполнены органосберегающие операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Валдина Е.А.* Заболевания щитовидной железы. – СПб: Питер, 2006. – 368 с.
2. *Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. и др.* Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба // Пробл. эндокринол. – 2005. – Т. 51, № 5. – С. 40–42.
3. *Кеннеди Л., Басу А.* Диагностика и лечение в эндокринологии. Проблемный подход / Ли Кеннеди, Ансу Басу; пер. с англ. под ред. В.В. Фадеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 304 с.
4. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Л.Ю. Шевченко – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
5. *Фадеев В.В.* Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита. – М.: Видар-М, 2005. – 240 с.
6. *Харнас С.С., Инполитов Л.И.* Эндокринная хирургия: руководство для врачей / под ред. проф. С.С. Харнаса – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 496 с.
7. *Цуркан А.Ю., Ванушко В.Э., Бельцевич Д.Г. и др.* Современные подходы к лечению многоузлового эутиреоидного зоба // Клин. и экспер. тиреодол. – 2010. – Т. 6, № 1. – С. 3–11.
8. *Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. et al.* SF-36 health survey: Manual and Interpretation Guide. – MA: Boston, 1993. – 143 p.