

ИСМАИЛОВ С.И., ХОДЖАЕВА Ф.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Резюме. В данной статье авторы анализируют данные отечественной и зарубежной литературы, посвященной оценке качества жизни больных с папиллярным раком щитовидной железы в отдаленном периоде после хирургического лечения или лучевой терапии. Установлено, что в литературе стран СНГ этот вопрос изучен недостаточно полно. В зарубежной литературе имеется ряд научных статей, посвященных этой теме: 27 за период с 1997 по 2010 г. Несмотря на актуальность данного вопроса, изучение качества жизни больных с раком щитовидной железы, подвергнутых хирургической или лучевой терапии, выполняется с помощью различных опросников (SF-36, EORTS-QLQ-E30 (version 3.0) и специфический опросник для больных с опухолями головы и шеи — QLQ-H&E35), так как специального опросника для данной категории больных нет.

Ключевые слова: папиллярный рак щитовидной железы, выживаемость, смертность, рецидив опухоли, качество жизни, отдаленные результаты хирургического лечения, лучевой терапии.

Введение

Папиллярный рак щитовидной железы (ПРЩЖ), согласно определению, представленному в Международной гистологической классификации опухолей щитовидной железы (ЩЖ) ВОЗ (1988), — это злокачественная опухоль, имеющая признаки фолликулярно-клеточной дифференцировки, содержащие в типичных случаях как папиллярные, так и фолликулярные структуры с четкими ядрами. ПРЩЖ является наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью ЩЖ и составляет от 70 до 80 % всех злокачественных опухолей этого органа (Бомаш Н.Ю., 1981; Хмельницкий О.К., 2002). Они примерно с одинаковой частотой возникают как у мужчин, так и у женщин.

Морфологически типичная папиллярная карцинома характеризуется двумя основными признаками: наличием папилл и характерными изменениями в ядрах опухолевых клеток. Отличительной особенностью папиллярной карциномы является также наличие псаммомных телец и выраженных фиброзно-склеротических изменений со стороны стромы. Нередко отмечаются признаки лимфоидной инфильтрации опухоли.

По гистологическому строению ткани папиллярная карцинома подразделяется на подтипы (варианты), которые различаются по своим морфологическим особенностям и биологическому поведению. Выделяют следующие варианты папиллярной карциномы: типичный папиллярный, фолликулярный, солидный и смешанный. К редким вариантам относят диффузно-склерозирующий, оксифильноклеточный, высококлеточный и светлоклеточный. По наличию капсулы

опухоли папиллярные карциномы подразделяются на инкапсулированные и неинкапсулированные [34]. Согласно гистологической классификации ВОЗ, опухоли размером менее 1 см расцениваются как микрокарциномы [35].

Морфологическая верификация новообразований ЩЖ проводится в соответствии с Международной гистологической классификацией ВОЗ 2-го пересмотра [17], согласно которой выделяют 7 основных классов опухолей и опухолеподобных заболеваний ЩЖ. При этом среди разновидностей ПРЩЖ различают папиллярную микрокарциному, инкапсулированный вариант, диффузно-склерозирующий вариант, оксифильноклеточный вариант.

Папиллярная карцинома ЩЖ на протяжении последних 50 лет является предметом пристального внимания со стороны как представителей теоретических разделов медицины, так и клиницистов. Однако до настоящего времени остается загадкой, почему клетки опухоли, которые на протяжении многих десятилетий находятся в ткани ЩЖ, не проявляя биологической активности, так называемые «оккультные раки», неожиданно начинают активно делиться, и карцинома переходит в клиническую форму.

Доминирующей тенденцией в здравоохранении развитых стран мира является оценка результатов медицинской помощи по конечному результату. При этом особое значение придается именно качеству жизни в ближайший и отдаленный периоды [38].

Эффективность терапии больных раком ЩЖ зависит от многочисленных факторов и условий, среди которых главную роль играют биологические черты

карциномы и степень ее распространения к моменту начала лечения; адекватности выполненной операции; гормональной и иммунной реабилитации. Уникальное биологическое поведение рака ЩЖ определяют продолжающиеся споры в отношении лечебного подхода как при высокодифференцированном, так и при медулярном раке. Дискутабельным остается вопрос об объеме резекции при данных формах рака.

В настоящее время среди хирургов сформировались две полярные точки зрения на объем оперативного вмешательства при ранних стадиях папиллярной карциномы. Этот вопрос приобретает все более важное значение, поскольку после внедрения в клиническую практику тонкоигольной аспирационной биопсии с цитологическим исследованием биоптата все большее количество больных с ранними стадиями папиллярного рака подвергаются оперативным вмешательствам [12].

Большинство зарубежных исследователей выступают за тотальную тиреоидэктомию как операцию выбора в лечении рака ЩЖ. По их мнению, лобэктомия с резекцией перешейки может иметь место лишь при инкапсулированном фолликулярном раке с минимальной инвазией опухоли в капсулу и при папиллярном раке менее 1 см без инвазии в капсулу ЩЖ, сосуды и отсутствии отдаленных метастазов. Такого же мнения придерживаются исследователи из Украины (Комиссаренко И.В. и соавт., 1999, 2003), Беларуси (Демидчик Е.П. и соавт., 1996; Демидчик Ю.Е., 2003; Демидчик Ю.Е. и соавт., 2004) и некоторые российские ученые (Кузнецов Н.С. и соавт., 2003; Поляков В.Г., 2003; Румянцев П.О. и соавт., 2003), которые занимаются лечением преимущественно радиогенного рака ЩЖ.

Некоторые отечественные и зарубежные исследователи (Пачес А.И., Пропп Р.М., 1995; Трофимов Е.И., Битюцкий П.Г., 1997; Валдина Е.А., 2001; Любаев В.Л. и соавт., 2004; Shaha A.R., 2003; Shah J.P., 2003) выступают за органосохраняющий хирургический подход при высокодифференцированном раке ЩЖ [10]. Е.А. Валдина (2001) считает возможным выполнение органосохраняющих операций и при малых формах спорадического медулярного рака.

Нерешенной остается проблема психологической реабилитации больных раком ЩЖ после радикального лечения.

Если выживаемость, количество рецидивов и осложнения у пациентов с папиллярным раком после различных типов оперативного вмешательства были предметом изучения многих исследователей, то не менее важный вопрос о качестве жизни пациентов после операции практически не нашел отражения в литературе (Mendoza A. et al., 2004), хотя, безусловно, изучение отдаленных последствий хирургического вмешательства с позиций пациента может быть полезным при выборе адекватного объема оперативного вмешательства на ЩЖ, что позволит улучшить результаты лечения больных [12].

Таким образом, приведенные данные определяют актуальность поиска и разработки дифференцированного комплексного подхода к диагностике, лечению,

гормональной, иммунной и психологической реабилитации больных раком ЩЖ. Они определили цель и задачи исследования.

Цель исследования — выполнить обзор литературы по вопросу оценки качества жизни больных с папиллярным раком щитовидной железы в отдаленном периоде после лечения.

Обзор литературы

Понятие качества жизни включает в себя ряд аспектов деятельности человека — социальный, профессиональный, творческий, семейный и др. Для того, чтобы их оценить, необходимо выполнить полный анализ физических, психологических, социальных и эмоциональных возможностей человека.

Впервые термин «качество жизни» был использован J.R. Ekklinkton в статье «Медицина и качество жизни», посвященной проблемам трансплантационной медицины и опубликованной в 1966 г. в журнале *Annals of Internal Medicine*. Во введении автор цитирует Фрэнсиса Бэкона: «Задача медицины — лишь настроить удивительную арфу человеческого тела и привести его к гармонии» [9]. Исходя из определения Европейского общества медицинской онкологии, качество жизни — это совокупность параметров, отражающих изменения в жизни человека с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных возможностей в период развития заболевания и его лечения.

Понятие «качество жизни» (КЖ) сегодня прочно вошло в медицинскую терминологию и все чаще используется как в научных исследованиях, так и в клинической практике [2, 4, 8].

Согласно рекомендациям ВОЗ [8], КЖ определяется как индивидуальное соотношение положения индивидуума в жизни общества (с учетом культуры и систем ценностей этого общества) с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства.

В 1990 г. на совместной конференции Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии (ASCO) определено, что КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости [38].

Медицинские аспекты КЖ у пациентов, прооперированных по поводу РЩЖ, включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности, а также лечения на повседневную жизнедеятельность больного.

Несмотря на начатые исследования качества жизни в онкологии, вопросы по изучению качества жизни у пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу РЩЖ, являются недостаточно изученными в плане правильности выбора реабилитационных программ, а также разработки новых программ психокоррекционной и социально-реабилитационной помощи не только самим пациентам, но и их семьям [7].

Впервые среди стран СНГ психологические особенности больных раком ЩЖ после радикального противоопухолевого лечения в зависимости от характера гормональной терапии и эффективность психологического тренинга для их реабилитации были изучены Афанасьевой З.А. (Санкт-Петербург, 2006).

По данным Афанасьевой З.А. [1], психоэмоциональное состояние больных раком ЩЖ, получающих как заместительную, так и супрессивную в режиме субмаксимальной супрессии гормональную терапию, на отдаленных сроках после радикального лечения не различается и характеризуется постоянным ощущением эмоционального напряжения, высокой личностной тревожностью, приверженностью к общественно принятым нормам поведения, конформизмом, чувством несчастья, преобладанием мотивации избегания неуспеха, снижением уровня жизнелюбия, оптимизма и активности. Психологический тренинг на отдаленных сроках после лечения поддерживает позитивный характер реабилитационного процесса, улучшает качество жизни. Для больных, получающих супрессивную терапию, психологический тренинг более значим.

Для улучшения психоэмоционального состояния больных раком ЩЖ после радикального противоопухолевого лечения, особенно у получающих супрессивную гормональную терапию, авторы рекомендуют проведение психологических тренингов, что улучшает психологический статус пациентов [1].

Вопросы оценки качества жизни больных были изучены также Черниковым Р.А. [12]. Им разработана методика оценки качества жизни и функционального состояния больных после операции по поводу ПРЩЖ. На основании проведенной оценки качества жизни и функционального состояния больных ПРЩЖ в зависимости от объема оперативного вмешательства им было показано, что с увеличением объема операции качество жизни и показатели функционального состояния у пациентов с ПРЩЖ снижаются. Среди пациентов с ПРЩЖ выделена группа низкого риска, операцией выбора для которой является гемитиреоидэктомия.

Дымов А.А. и другие авторы [6] указывают, что изучение ими качества жизни больных с раком ЩЖ проводилось на основании Международного протокола Европейской организации исследования и лечения рака (EORTS). Были использованы наиболее чувствительный при онкологической патологии общий опросник EORTS-QLQ-E30 (version 3.0) и специфический опросник для больных с опухолями головы и шеи QLQ-H&E35. Сбор данных осуществлялся методом самостоятельного заполнения анкет-опросников пациентами, которым объясняли цели и задачи исследования. Общий опросник EORTS-QLQ-E30 (version 3.0) состоит из 5 функциональных шкал, 3 симптоматических шкал, QOL (общий статус здоровья) и 6 отдельных вопросов. Исследование качества жизни выполнялось авторами в 5 контрольных точках: до лечения, на 5-е сутки после операции, через 3, 6 и 12 мес. после операции.

Авторы из Украины проводили аналогичное исследование у 30 больных с папиллярной формой рака ЩЖ после радикального ее удаления [9]. При этом для оценки качества жизни авторы использовали русскоязычную версию опросника SF-36.

В целом за период с 1997 по 2010 г. в системе Pubmed опубликовано всего 27 научных статей, посвященных изучению качества жизни больных, прооперированных по поводу различных форм рака ЩЖ [21]. Этому посвящена обзорная статья авторов из Нидерландов, которые, сделав данный анализ, пришли к общему заключению о низком качестве жизни пациентов данной категории по сравнению со здоровым населением [21]. При этом длительно проводившихся исследований в сфере изучения их качества жизни нет [13].

Другие авторы [23] исследовали качество жизни больных с раком ЩЖ после лучевой терапии. У 83 пациентов использовали в качестве опросника Functional Assessment of Chronic Illness & Therapy (FACIT), то есть общий опросник для хронических заболеваний до облучения и через 9 мес. после него. Они отмечают, что данная терапия не влияла на качество жизни больных.

Шведские исследователи [25] изучили качество жизни больных с дифференцированным раком ЩЖ в течение 1985–1999 г. Было охвачено 130 пациентов (53 — субтотальная тиреоидэктомия, 77 — тотальная тиреоидэктомия; 23 больных из первой группы были подвергнуты также лучевой терапии). Качество жизни оценивалось с помощью шведской версии опросника SF-36. Длительность наблюдения в среднем была равна 13,1 года. Было установлено, что 11 из 106 больных считали свою жизнь полностью свободной от рака, 15 больных (12 %) умерли от метастазов рака. Корреляции между эффективностью субтотальной и тотальной тиреоидэктомией не было выявлено.

Авторы из клиники Майо (США) изучили качество жизни 215 детей и подростков с папиллярной формой рака ЩЖ в период с 1940 по 2008 г. [18]. Возраст больных колебался в диапазоне от 0 до 20 лет, то есть составлял менее 21 года. Исследовались также выживаемость, рецидивы и смертность. Было выявлено, что рецидив опухоли развился у 32 % больных в возрасте около 40 лет. При этом 15 из 22 смертей (68 %) случились из-за рака нетиреоидной локализации (23 % из этих пациентов после тиреоидэктомии в свое время получали и лучевую терапию).

Ретроспективное изучение ближайших результатов (5 лет) после хирургического лечения 302 больных с дифференцированным раком ЩЖ было выполнено авторами из Индии за период наблюдения с 1988 по 2002 г. [14]. Средний возраст был в пределах 42 ± 14 лет. Папиллярная (ПФР), фолликулярная (ФФР) и мало-дифференцированная формы рака (МДФР) встречались с частотой 62, 30, и 8 % соответственно. При этом 77,2 % больных получили также лучевую терапию. Рецидив опухоли был выявлен у 26,6 % больных, смертность составила 21,2 % случая. Лимфаденопатия была выявлена у 45, 10 и 67 % больных с ПФР, ФФР и МДФР проспективно. Экстратиреоидная инвазия и отдален-

ные метастазы встречались с частотой 36,8 % (ПФР — 33 %, ФФР — 36 %, МДФР — 71 %) и 27 % (ПФР — 17 %, ФФР — 44 %, МДФР — 42 %) случаев проспективно. Авторы приходят к выводу, что в развивающихся странах наблюдается тенденция к пропорциональному возрастанию ФФР и МДФР в послеоперационном периоде.

В качестве альтернативного лечения негативно-узловатого ПРЩЖ авторы из Южной Кореи (г. Сеул, Медицинский центр Самсунг [31]) предлагают профилактическое удаление лимфоидной ткани с тотальной тиреоидэктомией. Таким образом они лечили 114 больных с 2003 по 2005 г. Изучение состояния больных через 2 года показало, что смертность была равна нулю.

Выживаемость больных в послеоперационном периоде

Стандартная схема терапии опухоли начинается с оперативного лечения, которое в абсолютном большинстве случаев должно выполняться в объеме полного удаления ЩЖ, а также удаления всех пораженных опухолью лимфатических узлов. Чаще всего вторым этапом пациенту проводится терапия радиоактивным йодом для уничтожения микроскопических, не видимых глазом очагов опухоли в лимфатических узлах и удаления небольших участков ткани ЩЖ, которые могли сохраниться после операции. Сканирование всего тела пациента после радиоiodтерапии помогает выявить возможные очаги опухоли в других органах (чаще всего в легких).

После операции и терапии радиоактивным йодом пациенту назначается заместительная терапия препаратами гормонов ЩЖ. В дальнейшем пациент ежегодно проходит обследование для исключения рецидива опухоли, включающее в себя ультразвуковое исследование и определение уровня тиреоглобулина крови.

Согласно данным различных исследований, выживаемость больных с микрокарциномами составила: 100 % (5-летняя) [18], 98 % (10-летняя) [19], 97,3 % (13-летняя) [20] и 97 % (15-летняя) [16]. Во всех случаях причиной смерти больных с микрокарциномами были отдаленные метастазы.

Хорошие результаты были получены исследователями из Китая (г. Шанхай, Университет Фудань) [25]. По их данным, 28 молодых пациентов (11 мужчин и 17 женщин, средний возраст 17 лет), которые получили хирургическую и медикаментозную терапию в их центре в период с 1970 по 1985 г. по поводу ПФР и билатеральных шейных метастазов, были обследованы вновь через 20 лет. Установлено, что рецидивы локальной опухоли и отдаленных метастазов были равны 20,8 и 12,5 % соответственно, выживаемость — 91,7 %.

Следующее исследование также подтверждает высокую эффективность суб- и тотальной тиреоидэктомии у данной категории больных [32]. Канадские авторы (университет Торонто), изучив 840 тезисов и 31 проект по данной проблеме за последние 20 лет, пришли к выводу, что стоимость субтотальной тиреоидэктомии колебалась в пределах \$15 037,58 и \$15 063,75, а для тотальной — \$13 896,81 и \$14 241,24. Причина смертности в обеих группах больных была одинаковой, но число случаев поражения п.гессуреис было выше у больных с тотальной тиреоидэктомией. Авторы предлагают более длительно наблюдать за эффективностью субтотальной тиреоидэктомии.

Авторы указывают, что необходимо изучать выживаемость больных в зависимости от характера выполненных операций (органосохраняющие или тотальная тиреоидэктомия). Эти данные приведены в табл. 1.

Худшие результаты в отношении выживаемости были получены при выполнении цервикальной эвисцерации у данной категории больных немецкими авторами [38]. Через 2,5 года выживаемость была равна 45 %, а смертность — 55 % (!).

Прогноз

Прогноз при папиллярной микрокарциноме исключительно благоприятный как для общей выживаемости, так и для выживаемости без возникновения рецидивов, но только в том случае, как особо подчеркивается в работе Falvo L. и соавт. [21], если проведено соответствующее начальное лечение — тотальная тиреоидэктомия.

Таблица 1. Выживаемость больных с папиллярной формой рака щитовидной железы в послеоперационном периоде по данным различных авторов в разные сроки в зависимости от метода операции (%)

Тип операции/ авторы	Son Y.I., Южная Корея, 2008 [32]	Brauckhoff M., Германия, 2006 [15]	Афанасьева З.А., Россия, 2006 [1]	Ji Q.H. и др., Китай, 2008 [26]	Hay I.D., США, 2007 [34]
Сроки оценки	Через 2 г.	Через 2,5 г.	Через 5 и 10 лет	Через 20 лет	Через 30 лет
Субтотальная тиреоидэктомия	–	–	96,6/92,7	–	–
Тотальная тиреоидэктомия	–	–	97,2/91,9	91,7	99
Цервикальная эвисцерация	–	45	–	–	–
Тотальная тиреоидэктомия и удаление лимфоидной ткани	100 %	–	–	–	–

Системы оценки прогноза, в основе которых лежит регрессивный анализ сочетания ряда факторов, позволяют разделить больных на группы с низким и высоким риском возникновения рецидивов и смертности от рака ЩЖ. В любой из этих систем каждый фактор рассматривается с учетом его значимости. На основе заключительного диагноза они позволяют индивидуально рассчитать долгосрочный прогноз больного, что очень важно для правильного выбора тактики лечения [37].

Систем оценки прогноза разработано достаточно много (EORTC, AGES, AMES, MACIS, OSU, MSKCC, NTCTCS), но в мировой практике наиболее широко используются две — классификация TNM, созданная Международным противораковым союзом (IUCC) совместно с Американской комиссией по контролю рака (AJCC) [23], и система MACIS клиники Мауо (США) [19]. Определенный интерес представляют также системы AMES клиники Lahey (США), Чикагского университета и университета штата Огайо (OSU).

Прогностические критерии в отношении больных с папиллярной формой РЩЖ были лучше у пациентов с BRAF-негативными данными иммуногистохимии опухолевой ткани, чем у больных с BRAF-позитивными данными [29].

Заключение

Общие рекомендации по ведению больных с зловыми заболеваниями и дифференцированным раком ЩЖ были предложены Американской ассоциацией тиреодологов в 2009 г. (университет Хопкинса, Балтимор [17]) и университетом штата Огайо, Госпиталь рака [26]. В них имеется указание на необходимость наблюдения пациентов и изучения отдаленных результатов хирургического и радиологического лечения больных данной категории в виде 122 рекомендаций.

Крупное исследование американских авторов (Миннесота, клиника Майо), включившее 60-летнее (в период с 1940 по 2000 г.) наблюдение за 2512 больными с ПРЩЖ, показало оптимистические результаты [33].

Вместе с тем анализ литературы показал, что имеется необходимость дальнейшей работы в этом направлении с целью улучшения качества жизни больных с данной патологией.

Выводы

1. Несмотря на актуальность данного вопроса, изучение качества жизни больных с раком щитовидной железы, подвергнутых хирургической или лучевой терапии, выполняется с помощью различных опросников (SF-36, EORTS-QLQ-E30 (version 3.0) и специфический опросник для больных с опухолями головы и шеи — QLQ-H&E35), так как специального опросника для данной категории больных нет.

2. Необходимы дальнейшие исследования в области разработки новых программ психокоррекционной и социально-реабилитационной помощи не только самим пациентам, но и их семьям.

3. Качество жизни пациентов с папиллярной формой рака щитовидной железы после лечения может за-

висеть от вида хирургического лечения. Большинство авторов указывают на высокую эффективность тотальной тиреоидэктомии в сочетании с лучевой терапией.

Список литературы

1. Афанасьева З.А. Комплексная диагностика, лечение и реабилитация больных раком щитовидной железы: Дис... канд. мед. наук. — СПб., 2006. — 252 с.
2. Бримкулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю., Калиева А.Д. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни // *Центральноазиат. мед. журн.* — 1998. — № 4–5. — С. 236–241.
3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. — СПб., 2001. — 397 с.
4. Володин Б.Ю., Петров Е.П., Куликов А.И. и др. Внутренняя картина болезни и особенности психотерапевтической коррекции у больных раком молочной железы и тела матки // *Рос. онкол. журн.* — 2006. — № 1. — С. 38–40.
5. Демидчик Е.П., Цыб А.Ф., Лушников Е.Ф. Рак щитовидной железы у детей. — М.: Медицина, 1996. — 206 с.
6. Дымов А.А., Шевченко С.П., Балацкая Л.Н. и др. Качество жизни больных после проведения лимфодиссекции центральной клетчатки шеи при дифференцированном раке щитовидной железы // *Сибирский онкологический журнал.* — 2011. — № 1 (43). — С. 21–24.
7. Изумнов С.А., Дроздович В.В. Антенатальное облучение: нейropsихиатрические аспекты. — М.: РАДЭКОН, 2002.
8. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни больного в медицине // *Клин. мед.* — 2000. — № 2. — С. 10–13.
9. Омельчук А.В., Зиньч П.П., Гулеватый С.В. Медицинские аспекты качества жизни пациентов, оперированных по поводу папиллярного рака щитовидной железы // *Эндокринология.* — 2011. — Т. 16, № 1. — С. 21–27.
10. Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы. — М.: Центр внедрения достижений науки и техники, 1995. — 370 с.
11. Трофимов Е.И., Битюцкий П.Г. Узловые образования и рак щитовидной железы: диагностика, лечение, реабилитация // *Мед. консультация.* — 1997. — № 1. — С. 37–48.
12. Черников Р.А. Хирургическая тактика при лечении папиллярного рака щитовидной железы: Дис... канд. мед. наук. — СПб., 2006. — 252 с.
13. Al-Saif O., Farrar W.B., Bloomston M.J. Long-term efficacy of lymph node reoperation for persistent papillary thyroid cancer // *Clin. Endocrinol. Metab.* — 2010. — Vol. 95 (5). — P. 2187–2194.
14. Bhargav P.R., Mishra A., Agarwal G. et al. Long-term outcome of differentiated thyroid carcinoma: experience in a developing country // *World J. Surg.* — 2010. — Vol. 34 (1). — P. 40–47.
15. Brauckhoff M., Meinicke A., Bilkenroth U. Long-term results and functional outcome after cervical evisceration in patients with thyroid cancer // *Surgery.* — 2006 Dec. — Vol. 140 (6). — P. 953–9.
16. Chow S.M., Law S.C., Chan J.K. et al. Papillary microcarcinoma of the thyroid. Prognostic significance of lymph node metastasis and multifocality // *Cancer.* — 2003. — Vol. 98, № 1. — P. 31–40.
17. Cooper D.S., Doherty G.M., Haugen B.R. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *American*

Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer // *Thyroid*. — 2009. — Vol. 19 (11). — P. 1167-1214.

18. Hay I.D., Gonzalez-Losada T., Reinalda M.S. Long-term outcome in 215 children and adolescents with papillary thyroid cancer treated during 1940 through 2008 // *World J. Surg.* — 2010. — Vol. 34 (6). — P. 1192-1202.

19. Hay I., Bergstralh E., Goellner J. et al. Predicting outcome in papillary thyroid carcinoma: development of a reliable prognostic scoring system in a cohort of 1779 patients surgically treated at one institution during 1940 through 1989 // *Surgery*. — 1993. — Vol. 114. — P. 1050-1058.

20. Hedinger Chr., Williams E.K., Sobin L.H. *Histological typing of thyroid tumors: Vol. 4.* — WHK, 2nd ed. — Berlin: Springer, 1988. — 66 p.

21. Husson O., Haak H.R., Oranje W.A. et al. Health-related quality of life among thyroid cancer survivors: a systematic review // *Clin. Endocrinol. (Oxf.)*. — 2011. — Vol. 75 (4). — P. 544-554.

22. Falvo L., D'Ercole C., Sorrenti S. et al. Papillary microcarcinoma of the thyroid gland: analysis of prognostic factors including histological subtype // *Eur. J. Surg. Suppl.* — 2003. — Vol. 588. — P. 28-32.

23. Fleming I.D., Cooper J.S., Henson D.E. et al. *AJCC Cancer Staging Manual: 5th ed.* // American Joint Committee on Cancer. — Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven, 1997. — Vol. 45 (4). — P. 121-125.

24. Furlan J.C., Bedard Y., Rosen I.B. Biologic basis for the treatment of microscopic, occult well-differentiated thyroid cancer // *Surgery*. — 2001. — Vol. 130, № 6. — P. 1050-1054.

25. Ji Q.H., Zhang L., Zhu Y.X., Huang C.P. Long-term impact of initial surgical and medical therapy on young patients with papillary thyroid cancer and bilateral cervical metastases // *Chin. Med. J. (Engl.)*. — 2008. — Vol. 121 (1). — P. 63-66.

26. Kloos R.T., Eng C., Evans D.B. et al. *Medullary thyroid cancer: management guidelines of the American Thyroid Association. American Thyroid Association Guidelines Task Force* // *Thyroid*. — 2009. — Vol. 19 (6). — P. 565-612.

27. Malterling R.R., Andersson R.E., Falkmer S. Differentiated thyroid cancer in a Swedish county — long-term results and quality of life // *Acta Oncol.* — 2010. — Vol. 49 (4). — P. 454-459.

28. Melliere D. *Small thyroid nodules and microcancers* // *Presse Med.* — 1995. — Vol. 24, № 33. — P. 1552-1554.

29. Musholt T.J., Schönefeld S., Schwarz C.H. Impact of pathognomonic genetic alterations on the prognosis of papillary thyroid carcinoma // *ESES Vienna presentation. Langenbecks Arch. Surg.* — 2010. — Vol. 395 (7). — P. 877-883.

30. Noguchi S., Yamashita H., Murakami N. et al. Small carcinomas of the thyroid. A long-term follow-up of 867 patients // *Arch. Surg.* — 1996. — Vol. 131, № 2. — P. 187-191.

31. Son Y.I., Jeong H.S., Baek C.H. et al. Extent of prophylactic lymph node dissection in the central neck area of the patients with papillary thyroid carcinoma: comparison of limited versus comprehensive lymph node dissection in a 2-year safety study // *Ann. Surg. Oncol.* — 2008. — Vol. 15 (7). — P. 2020-2026.

32. Shrimme M.G., Goldstein D.P., Seaberg R.M. et al. Cost-effective management of low-risk papillary thyroid carcinoma // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 2007. — Vol. 133 (12). — P. 1245-1253.

33. Hay I.D. Management of patients with low-risk papillary thyroid carcinoma // *Endocr. Pract.* — 2007. — Vol. 13 (5). — P. 521-533.

34. Shaha A.R., Ferlito A., Rinaldo A. Thyroid cancer: A unique human neoplasm // *Acta otolaryngol.* — 2002. — Vol. 122, № 3. — P. 343-347.

35. Sywak M., Pasiaka J.L., Ogilvie T. A review of thyroid cancer with intermediate differentiation // *J. Surg. Oncol.* — 2004. — Vol. 86, № 1. — P. 44-54.

36. Taieb D., Baumstarck-Barrau K., Sebag F. Health-related quality of life in thyroid cancer patients following radioiodine ablation // *Health Qual Life Outcomes*. — 2011. — Vol. 13. — P. 9-33.

37. Vickery A.L. Thyroid papillary carcinoma. Pathological and philosophical controversies // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1983. — Vol. 7, № 8. — P. 797-807.

38. *What are the key statistics for thyroid cancer? American Cancer Society — 2005 // Detailed guide: thyroid cancer.* — Atlanta, GA: American Cancer Society, 2005.

Получено 13.11.12 □

Ісмаїлов С.І., Ходжаева Ф.С.

Ташкентський педіатричний медичний інститут,
Республіка Узбекистан

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ ПАПІЛЯРНИМ РАКОМ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ

Резюме. У даній статті автори аналізують дані вітчизняної й закордонної літератури, присвяченої оцінці якості життя хворих із папілярним раком щитоподібної залози у віддаленому періоді після хірургічного лікування або променевої терапії. Встановлено, що в літературі країн СНД це питання вивчене в недостатньому обсязі. У закордонній літературі є ряд наукових статей, присвячених цій темі: 27 за період із 1997 до 2010 р. Незважаючи на актуальність даного питання, вивчення якості життя хворих із раком щитоподібної залози, які були піддані хірургічній або променевої терапії, здійснюється за допомогою різноманітних питальників (SF-36, EORTS-QLQ-E30 (version 3.0) і специфічний питальник для хворих із пухлинами голови й шиї — QLQ-H&E35), оскільки спеціального питальника для даної категорії хворих немає.

Ключові слова: папілярний рак щитоподібної залози, виживаність, смертність, рецидив пухлини, якість життя, віддалені результати хірургічного лікування, променевої терапії.

Ismailov S.I., Khodzhayeva F.S.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID CANCER AT LONG-TERM PERIOD AFTER TREATMENT

Summary. In this article authors analyzed the data of domestic and foreign literature, which dedicated to the quality of life of patients with papillary thyroid cancer at long-term period after surgery or radiation therapy. They have established that in literature from CIS countries this question is not yet studied enough. In foreign literature, there are a number of scientific papers on this topic: 27 articles during the period from 1997 to 2010. Despite this topical issue, study of the quality of life of patients with thyroid cancer after surgery or radiation therapy is carried out using various questionnaires (SF-36, EORTS-QLQ-E30 (version 3.0) and specific questionnaire for the patients with tumors of head and neck — QLQ-H&E35), because there is no special questionnaire for such patients.

Key words: papillary thyroid cancer, survivability, mortality, tumor recurrence, quality of life, long-term results of surgical treatment, radiation therapy.