

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Макаров И. В., Галкин Р. А., Андреев М. М.

*Самарский государственный медицинский университет, РФ
makarov-samgtm@yandex.ru*

Хирургическое вмешательство является одним из основных методов лечения диффузного токсического зоба (ДТЗ). В последнее время среди российских хирургов, оперирующих на щитовидной железе (ЩЖ), четко определяются три позиции в выборе объема операции при ДТЗ: первая заключается в приверженности к традициям российской эндокринной хирургии и выполнении субтотальной резекции ЩЖ по О. В. Николаеву либо по Е. С. Драчинской [1–3]; вторая, пришедшая в Россию из-за рубежа, — это выполнение при данной патологии тиреоидэктомии; третья, на наш взгляд, более взвешенная, заключается в дифференцированном подходе к каждому пациенту в выборе объема вмешательства (тиреоидэктомия или субтотальная резекция) [2, 4].

Приверженцы тиреоидэктомии считают послеоперационный гипотиреоз естественным исходом лечения, мотивируя это полным излечением от тиреотоксикоза, исключением рецидивов тиреотоксикоза и достаточно простыми методами медикаментозной коррекции гипотиреоза [5, 6].

Однако за последнее время накапливаются сведения, что не все прооперированные больные могут переносить заместитель-

ную терапию L-тироксином и эутироксом, не всем пациентам можно адекватно подобрать дозу, особенно в пожилом возрасте. Длительный прием L-тироксина также может привести к остеопорозу и проблемам со стороны сердечно-сосудистой системы. Напрашивается вопрос, целесообразно ли путем предупреждения рецидивов тиреотоксикоза всех больных обречь на получение заместительной терапии в течение всей жизни? Целесообразно ли полностью лишать пациентов собственных тиреоидных гормонов?

Изучение и оценка показателей качества жизни и послеоперационная реабилитация пациентов с ДТЗ имеет важное медико-социальное значение. Качество жизни является одним из ведущих показателей эффективности хирургического лечения, а также имеет важное прогностическое значение в отдаленном послеоперационном периоде [7]. Таким образом, целью нашего исследования было определить эффективность субтотальной резекции щитовидной железы в лечении диффузного токсического зоба путем оценки качества жизни прооперированных пациентов и результатов лечения в целом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основе работы лежит изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с ДТЗ, прооперированных в период с 2000 по 2010 годы в ММУ МСЧ № 4 г. Самары и НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара» ОАО «РЖД», являющихся базой кафедры хирургических болезней № 1. Общее количество больных, давших согласие на участие в нашем исследовании, составило 138 человек (131 женщина и семь мужчин). Средний возраст пациентов составил $45,6 \pm 13,1$ лет (табл. 1).

Оперативные вмешательства выполняли по классической методике (О. В. Николаев) субтотальной резекции ЩЖ. Объем и вес оставляемых тканей ЩЖ определяли интраоперационно. При этом стерильным циркулем замеряли тиреоидный остаток, затем из удаленной доли выкраивали таких же размеров участки и взвешивали его. В среднем оставляли не более 4–6 г.

Все пациенты были разделены на три группы: группа 1 — больные, наблюдаемые в период от 1 года до 2 лет после операции ($n = 36$; 26,1%); группа 2 — пациенты, обследуемые в период от 2 до 5 лет после операции ($n = 59$; 42,7%); группа 3 — больные, обследуемые в период от 5 до 10 лет после операции ($n = 43$; 31,2%).

Выделение этих групп больных преследовало следующие цели. Во-первых, по данным литературы и по нашему мнению, в период от 1 года до 2 лет после операции происходит окончательная стабилизация тирео-

идного гомеостаза у оперированных пациентов [2, 3, 8]. Кроме того, мы хотели проследить функциональное состояние пациентов и изменения тиреоидного статуса, которые наблюдаются в срок до 5 лет, а в дальнейшем — до 10 лет, сравнить полученные данные между собой, чтобы внести возможные коррективы в хирургическую тактику лечения больных с данной патологией.

Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения проведено ретроспективное изучение историй болезни и амбулаторных карт пациентов. При этом оценивали: жалобы, локальный статус, длительность анамнеза заболевания, срок тиреостатической терапии и дозы препаратов, дооперационные и послеоперационные значения тиреоидных (T_3 , T_4), и тиреотропного (ТТГ) гормонов, уровень антител к тиреопероксидазе (ат-ТПО) и к тиреоглобулину (ат-ТГ). По данным ультразвукового исследования и сцинтиграфии оценивали объем, расположение, экзогенность, васкуляризацию, структуру и функциональную активность ЩЖ.

Также было проведено анкетирование пациентов с помощью специальных анкет-опросников, представляющих собой дополненную международную анкету по изучению качества жизни SF-36 (HEALTH STATUS SURVEY). Первая часть анкеты разработана нами и посвящена оценке клинического состояния пациентов, связанного с основным заболеванием и перенесенной операцией. Вторая часть анкеты посвящена непо-

Т а б л и ц а 1

Распределение больных по полу и возрасту

	Возраст, лет											
	19		20–29		30–39		40–49		> 50		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Женщины	1	0,7	20	14,5	20	14,5	42	30,4	48	34,8	131	94,9
Мужчины	—	—	—	—	4	2,9	2	1,5	1	0,7	7	5,1
Всего	1	0,7	20	14,5	24	17,4	44	31,9	49	35,5	138	100

П р и м е ч а н и е. n — количество больных.

средственно субъективной оценке качества жизни больных после операции (собственно анкета SF-36).

Для объективной оценки эффективности лечения больных ДТЗ в плане непосредственных и отдаленных результатов определяли клинико-статистические показатели, предусмотренные методами доказательной медицины [9]. При этом сравнивали результаты в первые 5 лет после операции и в последующие 5 лет. Оценивали такие показатели, как вероятность развития благоприятного и неблагоприятного исходов, повышение относительной пользы, повышение абсолютной пользы, снижение относительного риска, снижение абсолютного риска.

Статистический анализ включал оценку характера распределения изучаемых данных: по гистограммам распределения, по показателям асимметрии и эксцесса, а также по критерию Шапиро-Уилки. Распре-

деление большинства изученных показателей соответствовало нормальному закону, для некоторых выявлены те или иные отклонения. Это обусловило применения как параметрических, так и непараметрических методов анализа. Сравнения разных групп больных проводили с помощью критерия Манна-Уитни-Вилконсона и с помощью однофакторного дисперсионного анализа, предварительно проведя логарифмическое преобразование исходных величин. Наличие взаимосвязей определяли с помощью корреляционного анализа Спирмена. Для признаков, измеренных в номинальной шкале, выполняли анализ таблиц сопряженности с расчётом критерия Хи-квадрат (χ^2) [10]. Анализ выполняли с использованием статистического пакета SPSS 11.5. Данные представлены как среднее арифметическое и его ошибка ($\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$). Статистически значимые считали отличия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследование пациентов с различными сроками после операции показало отсутствие клинических и лабораторных признаков гипертиреоза у большей части больных. В зависимости от тиреоидного статуса после операции пациенты были разделены на четыре подгруппы. Полученные данные представлены в табл. 2.

При тщательном выяснении причин рецидива гипертиреоза было выявлено, что

в 100 % случаев это связано с оставлением тиреоидного остатка больше 8–10 г суммарно с каждой стороны. Следует отметить, что в данной группе оперирующими были общие хирурги, для которых операции на ЩЖ были «случайными» или немногочисленными среди повседневного спектра хирургических вмешательств. Кроме того, большая часть рецидивов в отдаленные сроки после операции в группе 3 может быть связана и с ре-

Т а б л и ц а 2
Состояние тиреоидного гомеостаза оперированных пациентов, n (%)

Подгруппа	Группа больных (количество лет после операции)			Всего
	1 (1–2 года)	2 (2–5 лет)	3 (5–10 лет)	
Эутиреоз	23 (63,9 %)	30 (50,8 %)	15 (34,9 %)	68 (49,2 %)
Послеоперационный субклинический гипотиреоз	7 (19,4 %)	14 (23,7 %)	9 (20,9 %)	30 (21,7 %)
Послеоперационный клинический гипотиреоз	5 (13,9 %)	12 (20,3 %)	8 (18,6 %)	25 (18,2 %)
Рецидив тиреотоксикоза (гипертиреоз)	1 (2,8 %)	3 (5,2 %)	11 (25,6 %)	15 (10,9 %)
Всего	36 (26,1 %)	59 (42,7 %)	43 (31,2 %)	138 (100 %)

генерацією ЩЖ [1]. Следует отметить, что в двух случаях потребовались повторные оперативные вмешательства у больных с рецидивом тиреотоксикоза. Обоим пациентам выполнено полное удаление ЩЖ с последующей заместительной терапией. У остальных больных рецидив тиреотоксикоза был купирован приемом тиреостатиков.

Антитиреоидные антитела определялись у всех 138 больных. До операции уровни ат-ТГ были значительно увеличены по сравнению с референтными значениями нормы и в среднем составляли $612,3 \pm 273,8$ МЕ/мл. Количество ат-ТПО также было повышенным — $809,4 \pm 292,2$ МЕ/мл в среднем. При обследо-

вании в различные сроки после операции выявлено более чем двукратное снижение ат-ТПО. Данное явление наблюдалось во всех группах и в подгруппах больных в состоянии эутиреоза и с субклиническим гипотиреозом. Более высокие титры антител отмечены у пациентов с рецидивом гипертиреоза во всех группах (см. табл. 3 и 4).

Учитывая исходный дооперационный уровень ат-ТПО и ат-ТГ и полученные результаты в послеоперационном периоде, можно отметить, что являясь маркером аутоиммунной агрессии, повышенный титр антител, а именно значения ат-ТПО ≥ 600 МЕ/мл и значения ат-ТГ ≥ 300 МЕ/мл, могут служить основани-

Т а б л и ц а 3

Уровень антител к тиреоглобулину после операции, МЕ/мл

Подгруппа	Группа больных (лет после операции)		
	1 (1–2 года)	2 (2–5 лет)	3 (5–10 лет)
1. Эутиреоз	$124,32 \pm 17,95$	$121,53 \pm 17,37$	$146,23 \pm 25,94$
2. Гипотиреоз субклинический	$204,46 \pm 35,74$	$195,11 \pm 44,96$	$118,78 \pm 23,08$
3. Гипотиреоз клинический	$126,08 \pm 27,71$	$213,84 \pm 23,82$	$198,77 \pm 31,47$
4. Рецидив тиреотоксикоза	452,9	$428,33 \pm 137,35$	$320,23 \pm 31,01$
p	$p_{1-2} = 0,037$	$p_{1-3} = 0,031$ $p_{1-4} < 0,001$ $p_{2-4} = 0,004$ $p_{3-4} < 0,009$	$p_{1-4} < 0,001$ $p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} = 0,008$

Примечание. P — достоверность отличий между группами и подгруппами.

Т а б л и ц а 4

Уровень антител к тиреопероксидазе, МЕ/мл

Подгруппа	Группа больных (лет после операции)		
	1 (1–2 года)	2 (2–5 лет)	3 (5–10 лет)
1. Эутиреоз	$147,37 \pm 26,09$	$177,72 \pm 26,4$	$182,2 \pm 35,58$
2. Гипотиреоз субклинический	$119,62 \pm 30,3$	$216,08 \pm 28,61$	$194,12 \pm 39,19$
3. Гипотиреоз клинический	$136,2 \pm 37,75$	$329,62 \pm 36,88$	$324,76 \pm 24,9$
4. Рецидив тиреотоксикоза	685	$817,55 \pm 175$	$732,07 \pm 75,32$
p	—	$p_{1-3} = 0,003$ $p_{1-4} < 0,001$ $p_{2-3} = 0,048$ $p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$	$p_{1-4} < 0,001$ $p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,001$

Примечание. Как в табл. 3.

ем к оставлению наименьшего тиреоидного остатка.

При изучении влияния возраста на различные исходы после оперативного лечения выявлено, что частота возникновения рецидива тиреотоксикоза после операции была выше в группе больных от 20 до 29 лет. С увеличением возраста пациентов наблюдалось уменьшение числа рецидивов. Напротив, с увеличением возраста во всех группах возрастало число больных с гипотиреозом. При этом в группе больных старше 40 лет развитие послеоперационного гипотиреоза было отмечено у каждого третьего пациента (40 человек, 29%). В связи с этим и вес тиреоидного остатка у больных старше 40 лет должен быть, по нашему мнению, больше чем у пациентов моложе 40 лет, достигая суммарно 6 г, а у пациентов моложе 40 лет — не более 4 г.

Следует отметить, что длительность непрерывного приема тиреоидных препаратов во всех наблюдениях превышала один год ($4,2 \pm 3,07$ года в среднем). Было установлено, что у 63% больных (87 человек) лечение тиреостатиками превышало 3 года, при этом у 58% из них в отдаленном периоде развились те или иные нарушения тиреоидного гомеостаза: послеоперационный субклинический гипотиреоз (21 человек — 15,2%), клинический (17 больных — 12,3%), рецидив тиреотоксикоза (12 больных — 8,7%). В то же время у прооперированных больных, принимавших тиреостатики не более одного года, нарушения тиреоидного статуса были минимальными.

При анализе влияния возраста на исход оперативного лечения выявлена тенденция возникновения клинического послеопераци-

онного гипотиреоза и рецидива тиреотоксикоза у больных, принимавших тиреостатики более трех лет. На наш взгляд, это может быть связано с подавлением или изменением истиной функциональной активности ЩЖ длительным приемом тиреостатиков.

Размер тиреоидного остатка, а, следовательно, и масса функционирующей железистой ткани оказывают существенное влияние на концентрацию тиреоидных гормонов, определяют исход оперативного вмешательства и конечную цель операции — достижения или не достижения эутиреоза. Средний объем оставленной ЩЖ у 138 человек составил $3,2 \pm 1,5$ г. Однако у больных с различным состоянием тиреоидного гомеостаза при рецидиве тиреотоксикоза наблюдался больший объем тиреоидного остатка во всех группах. Обращает на себя внимание, что у пациентов из группы 3 объем тиреоидного остатка был значительно больше (табл. 5).

Проведенные нами исследования показали, что возраст больных, длительность предшествующей тиреостатической терапии и анамнеза заболевания, размеры тиреоидного остатка и выраженность аутоиммунных процессов в ЩЖ до и после операции оказывают существенное влияние на отдаленные результаты хирургического лечения больных ДТЗ. Полученные данные позволили выделить следующие прогностические критерии, учитывая которые можно добиться эутиреозного состояния в послеоперационном периоде. Объем тиреоидного остатка у больных старше 40 лет должен достигать суммарно 6 г, у пациентов моложе 40 лет — не более 4 г. Продолжительность консервативной антигипотиреозной терапии и, соответственно, длительность анамнеза заболе-

Т а б л и ц а 5
Объем тиреоидного остатка в отдаленном послеоперационном периоде

Подгруппа	Группа больных (лет после операции)		
	1 (1–2 года)	2 (2–5 лет)	3 (5–10 лет)
Эутиреоз	$4,36 \pm 1,8$	$4,45 \pm 1,14$	$5,23 \pm 1,3$
Гипотиреоз субклинический	$3,56 \pm 0,97$	$5,82 \pm 1,24$	$5,6 \pm 1,5$
Гипотиреоз клинический	$2,78 \pm 1,02$	$4,42 \pm 2,43$	$4,54 \pm 1,97$
Рецидив тиреотоксикоза	15,35	$8,63 \pm 2,11$	$19,49 \pm 5,66$

вания не должны превышать одного года. Рецидив заболевания после отмены тиреостатиков является абсолютным показанием к плановой операции. Наличие повышенного титра антител, (ат-ТПО > 600 МЕ/мл и/или ат-ТГ > 300 МЕ/мл) должно быть определяющим в выборе конечного объема тиреоидного остатка не более 2 г с каждой стороны. Тиреоидный остаток объемом менее 2 г не может обеспечить физиологические потребности организма в гормонах ЩЖ.

Для оценки качества жизни после оперативного лечения ДТЗ пациенты отвечали на вопросы 11 разделов международной анкеты SF-36 (HEALTH STATUS SURVEY), результаты которых представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. Среднее значение каждого показателя представлено в табл. 6.

При анализе данных были отмечены достаточно высокие показатели качества жизни, при этом «физическое функционирование (PF)» составило $84,17 \pm 2,62$ баллов, «жизнеспособность (VT)» — $56,63 \pm 3,05$ баллов, «интенсивность боли (P)» — $3,89 \pm 1,34$ баллов. По остальным показателям наблюдали их выравнивание с тенденцией к росту и стремлению к среднему статистическому значению. Также отмечается тот факт, что с увеличением срока после операции качество жизни постепенно снижалось. Од-

нако это может быть связано и с общей тенденцией человеческой популяции, свидетельствующей о снижении с возрастом качества жизни в целом.

Следует отметить, что пациенты, оценивая состояние своего здоровья, во многом ориентируются на субъективные ощущения, что, по нашему мнению, недостаточно для определения результатов лечения. Поэтому нами была произведена дополнительная комплексная оценка отдаленных результатов лечения.

Для комплексной оценки отдаленных результатов хирургического лечения больных ДТЗ была использована первая часть анкеты-опросника. В ней оценивались общее состояние, самочувствие пациента (жалобы, относящиеся к тому или иному клиническому состоянию), функциональная активность тиреоидного остатка (результаты клинических анализов, данные ультразвукового исследования остатка ЩЖ и т. д.), проводился осмотр, пальпация послеоперационного рубца на шее пациента. Итоги оценивались (в баллах) как хороший результат лечения, удовлетворительный или неудовлетворительный.

Хороший результат лечения был отмечен у 57 (41,3%), удовлетворительный — у 61 (44,2%); неудовлетворительный — у 20 (14,5%) больных (табл. 7).

Для объективной оценки результатов лечения определяли клинико-статистические показатели, предусмотренные методами до-

Т а б л и ц а 6

Результаты оценки качества жизни по анкете SF-36

Показатель	Группа (период наблюдения)			Достоверность отличий		
	1 (1–2 года)	2 (2–5 лет)	3 (5–10 лет)	P _{1–2}	P _{2–3}	P _{1–3}
PF	84,17 ± 2,62	77,54 ± 2,39	75,12 ± 3,19	0,078	0,663	0,057
RP	72,92 ± 6,01	63,56 ± 4,85	50,00 ± 6,00	0,191	0,070	0,007
P (BP)	3,89 ± 1,34	10,00 ± 1,90	13,95 ± 2,81	0,039	0,395	0,012
GH	65,56 ± 4,35	65,51 ± 3,51	44,30 ± 4,59	0,945	0,000	0,002
VT	52,50 ± 2,81	52,88 ± 2,35	56,63 ± 3,05	0,923	0,281	0,260
SF	45,83 ± 3,45	50,00 ± 2,75	49,71 ± 3,91	0,359	0,856	0,345
RE	71,30 ± 5,81	62,15 ± 4,30	52,71 ± 5,79	0,140	0,221	0,026
MH	60,44 ± 4,02	59,73 ± 2,83	45,58 ± 3,69	0,917	0,005	0,014

Оценка результатов хирургического лечения в различные сроки после операции (n, %)

Результат хирургического лечения	Время после операции, лет			Всего
	1–2	2–5	5–10	
Хороший	19 (52,8 %)	23 (39 %)	15 (34,9 %)	57 (41,3 %)
Удовлетворительный	14 (38,9 %)	30 (50,8 %)	17 (39,5 %)	61 (44,2 %)
Неудовлетворительный	3 (8,3 %)	6 (10,2 %)	11 (25,6 %)	20 (14,5 %)
Всего	36 (26,1 %)	59 (42,7 %)	43 (31,2 %)	138

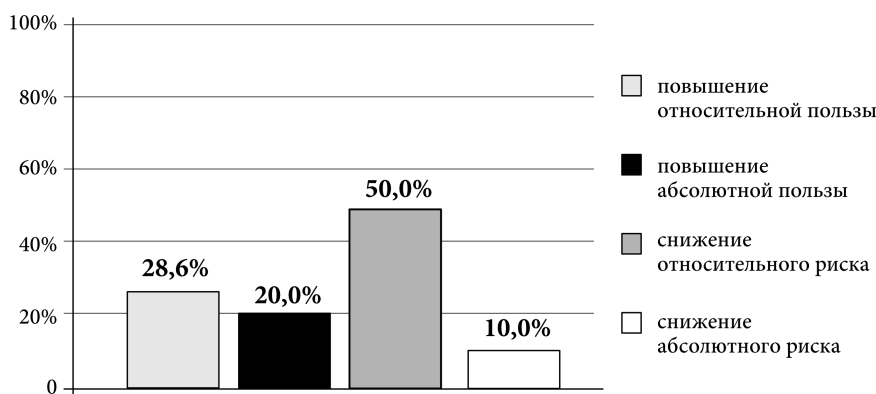


Рис. Клинико-статистические показатели больных в первые и последующие пять лет после операции.

казательной медицины: снижение относительного риска (COP), снижение абсолютного риска (CAP), повышение относительной пользы (ПОП), повышение абсолютной пользы (ПАП). С этой целью была составлена таблица сопряженности клинических исходов оперативного лечения. Сравнивали полученные результаты за первые и последующие пять лет. К благоприятным исходам отнесли хорошие и удовлетворительные показатели, к неблагоприятным — неудовлетворительные результаты лечения.

При оценке полученных данных нами выявлено, что в первые пять лет отдаленные результаты хирургического лечения были лучше, чем результаты в последующие пять лет, что выражалось повышением числа благоприятных исходов (ПОП) на 28,6 %, снижением неблагоприятных (COP) на 50 %, повышением абсолютной пользы (ПАП) на 20 % и уменьшением абсолютного риска (CAP) на 10 % (см. рис.).

ВЫВОДЫ

1. Субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы является эффективной операцией для достижения оптимального тиреоидного гомеостаза: у 49,2 % больных отмечается эутиреоидное состояние, а у 21,7 % — субкли-

нический послеоперационный гипотиреоз, не требующий какой-либо медикаментозной коррекции.

2. Для достижения эутиреоидного состояния суммарный объем тиреоидного

- остатка должен находиться в пределах 2–6 г.
3. После субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы во всех группах отмечаются высокие показатели качества жизни.
 4. При комплексной оценке хирургиче-

ского лечения больных диффузным токсическим зобом у 85,5% пациентов отмечаются хорошие и удовлетворительные результаты лечения. Отдаленные результаты в первые пять лет лучше, чем в последующие пять лет.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Aristarhov VG. Sovremennye aspekty hirurgicheskoy jendokrinologii: Materialy XIX Rossijskogo simpoziuma s mezhdunarodnym uchastiem, *Cheljabinsk*, 2010:23–25.
2. Kalinin AP, Majsterenko NA, Vetsheva PS. Hirurgicheskaja jendokrinologija, *Sankt-Peterburg*, 2004:960 p.
3. Romanchishen AF, Kuz'michev PS, Klimshin SB. *Vestnik hirurgii* 2009; 3:48-51.
4. Jakovlev PN. Otdalennye rezul'taty hirurgicheskogo lechenija bol'nyh diffuznym toksicheskim zobom, *Sankt-Peterburg*, 2004:141 p.
5. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87(2):489-499.
6. Liu J, Bargren A, Schaefer S, et al. *J Surg Res* 2011; 168(1):1-4.
7. Paksin IN, Vilkov AV, Shibanova EI, Fedosejkin IV. Sovremennye aspekty hirurgicheskoy jendokrinologii: Materialy XVIII Rossijskogo simpoziuma po hirurgicheskoy jendokrinologii s mezhdunarodnym uchastiem, *Izhevsk*, 2009:179-183.
8. Valdina EA. Zabolevanija shhitovidnoj zhelezy, *Sankt-Peterburg*, 2006:89-96.
9. Kotel'nikov GP, Shpigel' AS. Dokazatel'naja medicina. Nauchno- obosnovannaja medicinskaja praktika, *Samara*, 2000:116 p.
10. Glanc S. Mediko-biologicheskaja statistika, *Moskva*, 1999:327-338.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СУБТОТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ДИФУЗНОГО ТОКСИЧНОГО ЗОБА

Макаров І. В., Галкін Р. А., Андрєєв М. М.

Самарський державний медичний університет, РФ
makarov-samgtmu@yandex.ru

Результати хірургічного лікування та оцінка якості життя 138 пацієнтів свідчать, що субтотальна резекція щитоподібної залози є ефективною для досягнення оптимального тиреоїдного гомеостазу. В 49,2% хворих відзначається еутиреоїдний стан, у 21,7% — субклінічний післяопераційний гіпотиреоз, що не потребує медикаментозної корекції. Об'єм тиреоїдного залишку при цьому має бути мінімальним, що свідчить про необхідність проведення операції досвідченим хірургом в умовах спеціалізованого хірургічного відділення. Автори вважають, що виконання тиреоїдектомії при дифузному токсичному зобі не завжди відповідає основному принципу операцій на ендокринних органах, згідно якого оперативні втручання мають бути хірургічно радикальними та ендокринозберігаючими.

К л ю ч о в і с л о в а : дифузний токсичний зоб, субтотальна резекція щитоподібної залози, ефективність лікування, якість життя.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Макаров И. В., Галкин Р. А., Андреев М. М.

*Самарский государственный медицинский университет, РФ
makarov-samgmu@yandex.ru*

Результаты хирургического лечения и оценка качества жизни 138 пациентов свидетельствуют, что субтотальная резекция щитовидной железы является эффективной для достижения оптимального тиреоидного гомеостаза. У 49,2% больных отмечается эутиреоидное состояние, у 21,7% — субклинический послеоперационный гипотиреоз, не требующий медикаментозной коррекции. Объем тиреоидного остатка при этом должен быть минимальным, что свидетельствует о необходимости проведения операции опытным хирургом в условиях специализированного хирургического отделения. Авторы считают, что выполнение тиреоидэктомии при диффузном токсическом зобе не всегда отвечает основному принципу операций на эндокринных органах, согласно которому оперативные вмешательства должны быть хирургически радикальными и эндокринологически щадящими.

К л ю ч е в ы е с л о в а: диффузный токсический зоб, субтотальная резекция щитовидной железы, эффективность лечения, качество жизни.

EFFICIENCY OF SUBTOTAL THYROID RESECTION AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS OPERATED ON DIFFUSE TOXIC GOITER

I. V. Makarov, R. A. Galkin, M. M. Andreyev

*Samara State Medical University, Russian Federation
makarov-samgmu@yandex.ru*

Results of surgical treatment and evaluation of the quality of life of 138 patients showed that subtotal resection of the thyroid gland is effective to achieve optimal thyroid homeostasis. The 49.2% of patients has the euthyroid state, at 21.7% notes postoperative subclinical hypothyroidism does not require medical correction. The volume of the thyroid residue thus should be minimal, indicating the need for surgery by an experienced surgeon in a specialized surgical department. The authors suppose that the implementation of thyroidectomy for diffuse toxic goiter does not always correspond to the basic principle of operation of the endocrine organs, according to which the surgery should be surgically radical and endocrine gentle.

Key words: diffuse toxic goiter, subtotal resection of the thyroid gland, the effectiveness of treatment, quality of life.