

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДИНОЧНЫМИ Фолликулярными Опухолями Щитовидной ЖЕЛЕЗЫ

LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SINGLE FOLLICULAR THYROID TUMORS

**K. Blikyan
S. Alubaev
S. Lukianov**

Summary. Thanks to modern diagnostic capabilities, the majority of thyroid nodules at the time of surgery are small. The article presents the long-term results of thyroid resection in follicular tumors of small size. An assessment of the quality of life of this category of patients.

Keywords: follicular neoplasia, thyroid, surgical treatment, resection of the thyroid gland.

Бликян Карина Михайловна

Врач-хирург, Ростовский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Ростов-на-Дону
blikjankarina@mail.ru

Алубаев Сергей Александрович

К.м.н., врач-хирург, Клинико-диагностический центр
«Здоровье», Ростов-на-Дону

Лукьянов Станислав Викторович

К.м.н., доцент, врач-хирург, Ростовский
государственный медицинский университет Минздрава
России, Ростов-на-Дону

Аннотация. Благодаря современным возможностям диагностики, большинство узловых образований щитовидной железы на момент операции имеют небольшие размеры. В статье представлены отдаленные результаты применения резекций щитовидной железы при фолликулярных опухолях небольших размеров. Проведена оценка качества жизни данной категории пациентов.

Ключевые слова: фолликулярная неоплазия, щитовидная железа, хирургическое лечение, резекция щитовидной железы.

Актуальность

За последнее десятилетие в мире отмечается рост количества пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [1]. Ведущее место среди методов диагностики узловых образований щитовидной железы занимает тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы под контролем УЗИ.

Среди всех узловых образований щитовидной железы, наиболее часто встречающейся является фолликулярная неоплазия (фолликулярная опухоль)-10–15% [2,4]. Под понятием «фолликулярная опухоль» объединены все узловые образования щитовидной железы, в пунктате которых имеются клетки фолликулярного эпителия [3,4,6]. В большинстве своем, после гистологического исследования данные образования носят доброкачественный характер, и только, у 10–20% этих пациентов оказывается злокачественный процесс [1].

Несмотря на большое количество работ в области тиреологии, вопросы об объеме оперативного вмешательства остаются открытыми. В литературе имеются большое количество источников, где выступают за органосохраняющие операции, что является важным

критерием для предотвращения развития послеоперационного гипотиреоза [3,5,7]. Для выбора наиболее оптимального объема оперативного вмешательства, а также для оценки эффективности проведенного вмешательства, эксперты Всемирной организации здравоохранения рекомендуют изучать качество жизни данной категории пациентов, проводить оценку психоэмоционального статуса пациентов. Все это позволит усовершенствовать существующие подходы диагностики и лечения узловых образований щитовидной железы.

Цель работы: провести оценку влияния объема операции на качество жизни пациентов.

Материалы и методы: были изучены результаты лечения 210 больных, которые в период с 2013 по 2016 гг. проходили лечение в хирургическом отделении клиники Ростовского государственного медицинского университета по поводу одиночной фолликулярной опухоли щитовидной железы. В исследовании приняли участие 180 (85,7%) женщин и 30 (14,3%) мужчин (соотношение женщины/мужчины 6:1). Средний возраст пациентов 41±2,3. Всем пациентам на догоспитальном этапе выполнялись общеклинические и инструментальные исследования, проводилась оценка гормонального статуса

Таблица 1. Качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Критерий	Пациенты после гемитиреоидэктомии (n=120)	Пациенты после органосохраняющих операций (n=80)
ФА (физическая активность)	71,1±6,5	90,5±4,5
РФ (роль физических проблем)	64,3±5,2	87,6±6,7
РЭ (роль эмоциональных проблем)	63,5±5,2	87,5±9,0
Б (боль)	52,3±3,4	39,7±5,3
ОЗ (общее здоровье)	74,7±6,8	85,4±5,6
ЖА (жизненная активность)	59,5±8,3	80,2±5,3
СА (социальная активность)	52±5,7	78,3±6,7
ПЗ (психологическое здоровье)	70,3±5,7	90,2±4,5
	p=0,01	p=0,01

(ТТГ, Т4 св., Т3 св., АТ к ТПО, кальцитонин), выполнялись УЗИ щитовидной железы, тонкоигольная пункционная биопсия. Всем пациентам было выполнено оперативное вмешательство под общим наркозом. Все оперативные вмешательства проводились под визуальным контролем нижних гортанных нервов и паращитовидных желез. В ходе оперативного вмешательства, всем пациентам проводилось срочное интраоперационное исследование удаленного препарата. На объем операции влияли степень увеличения щитовидной железы, объем узлового образования (более чем у одной трети пациентов размер узла не превышал 2 см), характер изменений в паренхиме щитовидной железы, расположение узлового образования. После проведения окончательного гистологического исследования определялся заключительный клинический диагноз. Для оценки качества жизни пациентов в отдаленные сроки после операции использовали опросник SF-36

Результаты и обсуждение. Пациентам были проведены следующие виды оперативных вмешательств: гемитиреоидэктомия — 120 (57,1%), резекция доли щитовидной железы — 80 (38,1%), тиреоидэктомия + лимфаденэктомия по поводу рака щитовидной железы — 10 (4,8%). Решение об объеме оперативного вмешательства принималось во время операции, на основании результатов срочного интраоперационного гистологического исследования, и объема поражения паренхимы щитовидной железы. В послеоперационном периоде у 3 пациентов (после тиреоидэктомии с лимфаденэктомией) были явления гипопаратиреоза, повреждений нижних гортанных возвратных нервов и летальных исходов не было. Заместительная терапия назначалась всем пациентам после тиреоидэктомии+лимфаденэктомии, а также после гемитиреоидэктомии. Пациентам после резекции доли щитовидной железы заместительная терапия не назначалась.

Через год после оперативного вмешательства рецидив узлового зоба был выявлен у 5(2,3%) пациен-

тов в оставшейся доле после гемитиреоидэктомии, у 3 (1,4%) пациентов после резекции доли щитовидной железы рецидив узлового зоба наблюдался в тиреоидном остатке.

При оценке качества жизни в отдаленные сроки после оперативного вмешательства использовали опросник SF-36. Результаты исследования представлены в таблице 1.

По результатам опросника, качество жизни пациентов после гемитиреоидэктомии и резекции доли щитовидной железы имеют статистически значимые различия. У пациентов, которым были проведены резекции доли щитовидной железы отмечаются достаточно высокие показатели качества жизни. Согласно данным опросника SF-36, у пациентов с большим объемом оперативного вмешательства регистрировались низкая жизненная активность (59,5±8,3) и социальная активность (52±5,7). У пациентов после оперативного вмешательства в объеме гемитиреоидэктомий более выраженные психические и эмоциональные страдания, что связано с развившимся гипотиреоидным состоянием и зависимостью от заместительной гормональной терапии. У пациентов после выполнения органосохраняющих операций наблюдается достаточно высокий уровень жизненной (80,2±5,3), социальной (78,3±6,7) и физической активности (90,5±4,5).

Большое значение на качество жизни пациентов влияют сроки реабилитации в послеоперационном периоде. У пациентов после выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств наблюдается более ранние сроки реабилитации.

Выводы

Согласно проведенному исследованию, при сравнении качества жизни пациентов после выполнения резекции доли щитовидной железы и гемитиреоидэкто-

мии, показатели качества жизни у респондентов после органосохраняющих оперативных вмешательств выше, чем у пациентов после выполнения гемитиреоидэктомий. Большой объем удаленной паренхимы щитовидной железы, послеоперационный гипотиреоз, пожизненная

заместительная терапия приводят к значительному ухудшению качества жизни пациентов. Таким образом, выполнение резекций щитовидной железы способствует улучшению качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абазова, З. Х. Скрининговое обследование с использованием методов экспресс-диагностики нарушения функции щитовидной железы / З. Х. Абазова, М. К. Эфендиева, В. К. Кумыков, А. Х. М. Байсиев // Успехи современного естествознания. — 2012. — № 2. — с. 8–12
2. Андронникова, Е. А. Методы исследования восприятия, внимания и памяти: руководство для практических психологов. / Е. А. Андронникова, Е. В. Зайка // Харьков: Цифровая типография «Zebra», 2011 г, с. — 161
3. Аристархов, В. Г. О преимуществе органосохраняющих операций на щитовидной железе в отдаленном периоде при узловом зобе. / В. Г. Аристархов, Н. В. Данилов, М. И. Шилова; под редакцией проф. В. Г. Аристархова; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. — Рязань: РИО УМУ, 2016
4. Безруков, О. Ф. Нерешенные проблемы в хирургии щитовидной железы / О. Ф. Безруков // Материалы 22 (24) Российского симпозиума «Эндокринная хирургия 2003–2014 гг.» (Санкт-Петербург, 11–13 сентября, 2014). — СПб.: — с. 17–18
5. Алубаев С. А., Кательницкий И. И., Лукьянов С. В. / Солитарная фолликулярная неоплазия щитовидной железы: оптимизация диагностики и хирургического лечения. / Кубанский медицинский вестник. — 2013 — № 4 — с. 10–13
6. Бельцевич, Д. Г. Современные аспекты диагностики узлового зоба. / Д. Г. Бельцевич, В. Э. Ванушко // Эндокринная хирургия, № 3, Москва, 2014 — с. 5–13.
7. Ванушко В. Э. Узловой зоб (клиническая лекция). / В. Э. Ванушко, В. В. Фадеев // Журнал «Эндокринная хирургия», Москва, № 4, 2012, с. 11–16.
8. Заривчацкий, М. Ф. Основы хирургической эндокринологии / М. Ф. Заривчацкий, О. П. Богатырев, С. А. Блинов, С. А. Денисов, А. П. Колеватов // Руководство для врачей, Пермь, 2014. — 369 с

© Ближняя Карина Михайловна (blikjankarina@mail.ru), Алубаев Сергей Александрович, Лукьянов Станислав Викторович.
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Ростов-на-Дону