

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА  
М.А.ТОПЧИБАШЕВА**

*На правах рукописи*

**ЛАЛА ШАМШАД ГЫЗЫ САФАРОВА**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ С  
ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ**

3213.01 – “Хирургия”

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора философии по медицине

Баку – 2016

Работа выполнена в отделении эндокринной хирургии Научного Центра Хирургии им. академика М.А.Топчибашева.

**Научный руководитель:**

доктор наук по медицине,  
профессор

**Р.А.АГАЕВ**

**Официальные оппоненты:**

доктор наук по медицине,  
профессор

**Ч.М.ДЖАФАРОВ**

доктор наук по медицине,  
профессор

**М.М.МАМЕДОВ**

**Ведущее учреждение:** Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им.А.Алиева, кафедра общей хирургии I

Защита состоится «30» \_09\_ 2016 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании Диссертационного Совета FD.03.061 при Научном Центре Хирургии им. академика М.А.Топчибашева МЗ Азербайджанской Республики.

Адрес: AZ 1122, г.Баку, улица Шарифзаде 196, конференц зал.

С диссертацией можно ознакомиться в научном отделе Научного Центра Хирургии им. академика М.А.Топчибашева

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета FD.03.061,  
доктор наук по медицине

**И.Л.КЯЗИМОВ**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** До настоящего времени многие вопросы профилактики, диагностики и лечения больных с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) не нашло своего решения. Актуальность данной проблемы в первую очередь связаны с увеличением числа больных и сохраняющимся высоким числом послеоперационных осложнений [Belfiore A., Russo D., 2011; Biondi B, Bartalena L. et al. 2015].

Исследования последних лет позволили изменить некоторые представления о патогенезе ДТЗ. Однако многие вопросы, касающиеся показаний к операции, выбору ее объема, а также послеоперационное ведение больных указанной патологией для улучшения качества жизни (КЖ) больных не нашло всеобщего признания среди многих исследователей [Burch H., Cooper D., 2015].

По литературным данным в лечении ДТЗ хирургический способ отличается относительной радикальностью в связи с ускоренным достижением эутиреоидного состояния более чем у 90% больных [Kaderli R.M., Fahrner R., Christ E.R. et al., 2016].

Указанный подход получил широкое распространение и признание среди многих исследователей. Несомненно, своевременно проведенная операция отличается более ранним восстановлением трудоспособности, а также наиболее позитивными результатами лечения [Cunha F., Rodrigues E. Et al., 2016; ].

Клинические наблюдения многих исследователей показало, что среди послеоперационных осложнений наиболее частыми являются развитие послеоперационного гипотиреоза (ПОГ) и рецидива ДТЗ, а также связанного с последним снижение после операции качества жизни больных [Mangaraj S., Choudhury A., 2016].

Учитывая вышеуказанное, считаем, что изучение закономерностей между клиническими проявлениями ДТЗ, эффективность проводимого на различных этапах медикаментозного лечения, а также дисперсионный анализ отдаленных результатов хирургического лечения ДТЗ позволит выявить наиболее информативные критерии, влияющие на развитие послеоперационных осложнений.

Анализ литературных данных показывает, что большинство исследователей при изучении эффективности результатов лечения больных с ДТЗ практически не уделяют внимание на их психологический статус. Имеющиеся единичные данные недостаточно информативны и не отражают поставленные задачи.

В связи с этим мы посчитали целесообразным изучить КЖ больных с ДТЗ в различные сроки после хирургического лечения с применением способов психологического тестирования в зависимости от вида проведенной операции.

**Цель работы:** оптимизировать способы диагностики и лечения диффузно-токсического зоба путем изучения коррелятивных взаимосвязей между клиническими проявлениями заболевания, психологическим состоянием больных и послеоперационными осложнениями.

#### **Задачи исследования.**

1. Изучением отдалённых результатов хирургического лечения больных с диффузным токсическим зобом выявить частоту возникновения послеоперационных осложнений в зависимости от объема проведенной операции.

2. Определить иммунологический статус больных с диффузным токсическим зобом в зависимости от тяжести функциональных нарушений щитовидной железы в динамике хирургического лечения.

3. Методом дисперсионного анализа определить на этапах хирургического лечения больных с ДТЗ значимые критерии, которые имеют высокую корреляционную взаимосвязь с послеоперационными осложнениями.

4. В сравнительном порядке в отдаленном послеоперационном периодах изучить качество жизни наблюдаемых больных с включением методов психологического тестирования.

5. Изучением по предложенной методике качества жизни, а также отдаленных результатов лечения исследуемых больных с диффузным токсическим зобом обосновать наиболее оптимальный объем операции.

#### **Научная новизна исследования:**

1. В сравнительном порядке было изучено качество жизни больных с диффузным токсическим зобом в зависимости от объема операции (субтотальная резекция щитовидной железы, тиреоидэктомия) с использованием предложенного способа комплексного психологического тестирования в раннем и позднем послеоперационном периодах.

2. Определена коррелятивная взаимосвязь между психологическим статусом больных с ДТЗ (на этапах лечения) с их возрастом, кардиальными явлениями и осложнениями отдаленного послеоперационного периода.

3. Современным методом дисперсионного анализа была определена прямая роль влияния фактора (возраста а так же кардиальных явлений)

на вероятность развития послеоперационных осложнений (гипотиреоз, рецидив ДТЗ) и на психологическое состояние больных в отдалённом послеоперационном периоде.

### **Практическая значимость работы.**

Оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных с диффузно-токсическим зобом по предложенной схеме тестирования является эффективным для определения качества жизни.

Установленные дисперсионным анализом наиболее значимые корреляционные критерии (в том числе критерии психологического тестирования) являются эффективными для профилактики развития послеоперационных осложнений отдаленного послеоперационного периода у больных с диффузным токсическим зобом.

Анализ отдаленных результатов оперативного лечения больных с диффузным токсическим зобом необходимо проводить на основании предварительного изучения их психоэмоционального статуса.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Учитывая высокую выраженность аутоиммунных нарушений при диффузном токсическом зобе, тиреоидэктомию следует признать операцией выбора для достижения позитивных результатов лечения.
2. Дифференцированный подход в отношении метода оперативного вмешательства при диффузном токсическом зобе в первую очередь необходим для достижения длительного эутиреоза.
3. Тиреоидэктомию следует признать наиболее рациональным объемом хирургического вмешательства при диффузном токсическом зобе, который практически исключает рецидив тиреотоксикоза, не приводит к увеличению послеоперационных осложнений и обеспечивает достаточно высокое качество жизни.
4. При назначении адекватной заместительной гормональной терапии послеоперационный гипотиреоз не сопровождается ухудшением качества жизни больных с диффузным токсическим зобом.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены на: Азербайджано-Турецких Днях Хирургии и Гастроэнтерологии (Баку, 2014); научно-практической конференции, посвященной 70-летию д.м.н., проф. Гидаята Билал оглы Исаева (Баку, 2014); научно-практической конференции, посвященной 60-летию д.м.н., проф. Алинияза Мамедова (Баку, 2015) совместном научном заседании сотрудников Научного Центра Хирургии им. академика М.А.Гопчибашева (09.01.2016) и кафедры хирургических болезней-II Азербайджанского Медицинского Университета; а также на Апробации

онном Совете при Научном Центре Хирургии им. академика М.А.Топчибашева (16.04.2016).

**Внедрение результатов в практику.** Основные положения и выводы диссертации внедрены в клиническую практику отделения эндокринной хирургии Научного Центра Хирургии им. М.А.Топчибашева.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 15 печатных работ в рецензируемых научных журналах.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 148 страницах машинописного текста (компьютерного набора), написана на русском языке. Работа иллюстрирована 22 рисунками, 20 таблицами и состоит из оглавления, введения, 5 глав (в том числе и обзора литературы), заключения, выводов, практических рекомендаций и списка используемой литературы. Библиографический указатель включает 178 источников, из которых 34 работы отечественных и 144 зарубежных авторов. В диссертационной работе были отражены клинические примеры.

### СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В основу данной исследовательской работы был положен опыт лечения 480 больных с ДТЗ с 2012 по 2014 годы. Из них 409 (85,2%) составили лица женского и 71 (14,8%) мужского пола. Средний возраст исследуемых больных составил  $36,5 \pm 2,2$  лет (от 18 до 73 лет).

Среди пациентов с токсическими формами зоба преобладали лица молодого и среднего возраста - до 50 лет. Они составили 71,7% (n=344) из общего числа пациентов с этой формой зоба. В возрасте до 20 лет было 26 (5,4%) больных, от 21 до 30 лет – 101 (21,0%) больных, от 31 до 40 лет – 107 (22,3%) пациента, от 41 до 50 лет – 120 (25,0%), от 51 до 60 лет – 94 (19,6%), от 61 до 70 лет – 24(5,0%) больных, старше 70 лет- 8(1,7%).

Преобладающее большинство больных составляли женщины. Соотношение мужчин к женщинам составило 1:6

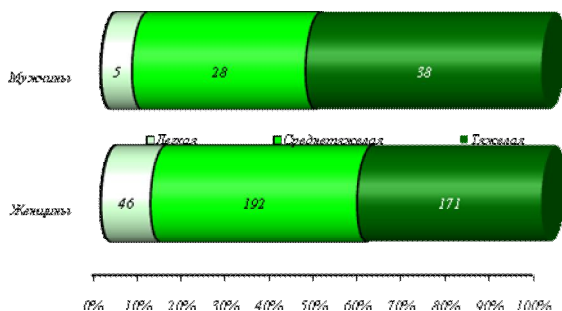
При обращении больных в стационар, после верификации диагноза обязательным было уточнение наличия показаний к оперативному лечению.

Указанное обстоятельство и послужило причиной изучения длительности заболевания для выбора лечебной тактики у исследуемых нами больных. Как показали наши наблюдения, основная часть больных (235 (49,0%)) страдала ДТЗ от 1-го до 2-х лет, что, при безуспешности консервативного лечения, является показанием к хирургическому вмешательству.

Если среди 480 больных с ДТЗ в НЦХ им. М.А. Топчибашева для соответствующего обследования и лечения обратились 442 (92,1%) , то у 13 (2,7%) больных заболевание обнаружено во время диспансерного обследования, а у 25 (5,2%) ДТЗ диагностирован в различных клиниках при лечении другой патологии.

Степень увеличения щитовидной железы была определена в ниже-следующих соотношениях: больных с I и II степенью увеличения не было, III степень была обнаружена у 133(27,7%), IV – у 311(64,8%), а V среди 36(7,5%) пациентов. Наибольшее число составляли лица с IV степенью увеличения щитовидной железы - (64,8%) больных.

По степени тяжести мы различали тиреотоксикоз лёгкой, средней и тяжёлой степени (рис. 1).



**Рис. 1. Распределение больных по степени тяжести тиреотоксикоза в зависимости от половых различий.**

Из рис. 1 .можно увидеть, что мужчин с тяжелой, а женщин со среднетяжелой степенью тяжести тиреотоксикоза в процентном отношении было больше.

Среди исследуемых больных легкая степень тиреотоксикоза была определена у 51 (10,6%), средне тяжелая у 220 (45,8%), а тяжелая среди 209 (43,5%) пациентов.

При анализе жалоб исследуемых больных в момент обращения их в стационар чаще всего отмечались жалобы на головные боли в височной и затылочных областях, головокружение, сердцебиение, одышку, общую слабость, потливость, похудание, раздражительность, плаксивость, депрессивные расстройства, у мужчин отмечалось снижение потенции, а у женщин нарушение менструального цикла.

Особое значение мы придавали изучению эндокринной офтальмопатии, развившегося у наблюдаемых нами больных на фоне ДТЗ.

Так, при лёгкой степени тяжести тиреотоксикоза экзофтальм был выявлен у 2 больных (0,4%), при средней степени тяжести у 8 больных (1,7%), при тяжёлой степени тиреотоксикоза у больных 17 (3,5%). При тиреотоксикозе лёгкой степени тяжести глазные симптомы среди исследуемых больных мы встречали в меньшей интенсивности.

Не связанные с ДТЗ сопутствующие заболевания чаще всего диагностировались со стороны сердечно-сосудистой системы, заболеваний желудочно-кишечного тракта и почек.

Все наблюдаемые нами больные были прооперированы. Всем больным применялся интубационный эндотрахеальный наркоз. С целью проведения сравнительного анализа результатов лечения в зависимости от способа оперативного вмешательства наблюдаемые нами больные были условно разделены на 2 группы: I группу (контрольная) вошло 252 больных, которым во время операции была осуществлена субтотальная резекция по О.В.Николаеву с оставлением примерно от 2-х до 6-ти граммов ткани на боковых поверхностях трахеи. II группу (основная) составили 228 больных, которым для повышения радикальности операции была проведена тотальная тиреоидэктомия.

Следует отметить, что распределение больных по возрасту, полу, тяжести тиреотоксикоза, степени увеличения щитовидной железы, а также наличия сопутствующих заболеваний в наблюдаемых группах было равномерным.

**Общеклинические лабораторные исследования** включали в себя общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови (уровень глюкозы, билирубина, показатели свертывающей системы и т.д.), Определение в сыворотке крови ТТГ, общего и свободного Т4 выполняли с помощью специальных наборов Human (Германия).

В качестве инструментальных методов обязательным было ЭКГ, УЗИ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Объективные исследования включали традиционные методы (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию), которые позволяли оценить общее состояние жизненно важных органов, определить наличие сопутствующих заболеваний, степень компенсации при поражении органов, а также определить показания к проведению предоперационной программы. Особое внимание мы уделяли на наличие деформации передней поверхности шеи, вызванную увеличением щитовидной железы.



**Иммунологические исследования.** Иммунологическое определение положительных титров антител к тканям ЩЖ в основном заключался по отношению к тиреоглобулину (ат к ТГ) и к тиреоидной пероксидазе (ат к ТПО). Так же мы определяли уровень IgA, IgM, IgG.

**Инструментальные исследования.** Функциональные методы исследования включали определение основного обмена у пациентов с клиникой тиреотоксикоза, **ультразвуковое исследование (УЗИ)** щитовидной железы для выявления видимых морфологических изменений в ткани щитовидной железы и определения топографо-анатомических взаимоотношений органов шеи. В нашей клинике **компьютерную томографию** выполнили 25 (5,2%) больным с шейно-загрудинной и внутригрудной локализацией щитовидной железы с целью дифференциальной диагностики от других опухолевидных образований средостения, а также распространенности процесса и определения хирургической тактики.

Большой диагностической ценностью обладали морфологические исследования. Они необходимы как для первичной морфологической оценки заболевания (пункционной биопсией), так и для окончательной верификации диагноза после операции.

**Способы изучения качества жизни.** Анкетирование и сбор данных пациентов для профилактики, предупреждения послеоперационных осложнений, а также изучения отдаленных результатов лечения мы осуществляли предложенным комплексом тестирования с изучением состояния психологического статуса. Обязательным при изучении качества жизни исследуемых пациентов с ДТЗ, наряду со стандартной анкетой SF36, определяли чувство тревоги (шкала Занга), степень депрессии(шкала Гамельтона).

**Статистическая обработка.** Полученные данные были подвергнуты статистической обработке современными методами медицинской статистики. Применены методы вариационного, дискриминантного и дисперсионного анализов. Отношение межгрупповой дисперсии к внутригрупповой дисперсии служит критерием оценки влияния регулируемых факторов на результативный признак. Достоверность оценена методом Фишера. Для оценки силы влияния изучаемых факторов использован метод Снедекора с вычислением 95% нижней и верхней границ. Вычисления проводились на электронной таблице EXCEL-2010 и SPSS-20.

**Обсуждение полученных результатов.** У больных с ДТЗ наиболее частыми клиническими проявлениями заболевания выражались в форме

наличия эмоциональной неустойчивости (263 пациента 54,8%), изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия, нарушение ритма) у 298 больных (62,1%), одышку (375-78,1%), офтальмопатии различной степени выраженности (27 пациентов 5,6%) и повышения температуры и влажности кожи (93 больных 19,4%). Снижение массы тела на фоне повышения основного обмена, обусловленного тиреотоксикозом были отмечены у 329 (68,5%) пациентов.

При исследовании гормонального статуса исследуемых больных с ДТЗ были получены следующие данные: практически у всех наблюдаемых больных было отмечено достоверное увеличение уровня тироксина на фоне уменьшения уровня ТТГ.

УЗИ щитовидной железы давало правильное заключение более чем у 97% пациентов с диффузным токсическим зобом.

Оперативное вмешательство у больных с ДТЗ производили в эутиреоидном состоянии. У большинства наших больных эутиреоз достигался приемом тиреостатиков (тирозолол в дозе 30-40 мг в сутки в течение 2-4 недель), назначением бета-блокаторов, глюкокортикостероидов и седативных средств.

#### **Ранние послеоперационные осложнения.**

Как показали исследования, в раннем послеоперационном периоде, осложнения среди 480 оперированных пациентов с ДТЗ возникли у 70 (14,6%) пациентов.

Тиреотоксический криз развился у 9 (2,0±0,9%) больных из I группы, в отличии от которых среди пациентов после тиреоидэктомии тиреотоксические атаки не наблюдались ни в одном клиническом наблюдении.

Кровотечение возникло у 11 (2,3%) больных в ранние сроки (в течение 1 часа) после операции. Причиной кровотечения во всех случаях явилось соскальзывание лигатуры.

Гипопаратиреоз, связанный с удалением или повреждением паращитовидных желез, возник после операции у 24 (5,0%) пациентов. Проведение заместительной терапии (CaCl<sub>2</sub> в/в) позволило у всех больных добиться полной компенсации нарушений кальциевого обмена.

Среди осложнений хирургического лечения у 26(5,4%) больных было отмечено нарушение фонации из-за пареза возвратного нерва, среди которых у 23(4,8%) больных он носил транзиторный характер. Следует указать, что лишь в 1 случае возникло ятрогенное двустороннее повреждение.

При поступлении у всех 252 больных I группы уровень TSH был достоверно ниже нормы, уровень T4 у всех больных был выше нормы. После предоперационной подготовки у 245 больных уровень TSH стал близким к норме, при этом TSH лишь у 7-х оставался ниже нормы ( $p < 0,001$ ). Уровень T4free у 246 больных приблизился к норме, а уровень T4free только у 6-х до операции оставался выше нормы ( $p_0 < 0,001$ ). Через 3 месяца после операции 187 больных из 252 уровень TSH пришел к норме, у 65 больных уровень TSH поднялся выше нормы ( $p_0 < 0,001$ ). Уровень T4free у 203 больных нормализовался, у 49 спустился ниже нормы ( $p_0 < 0,001$ ).

В основной группе после соответствующей предоперационной подготовки у 223 больных уровень TSH приблизился к норме. У 5 больных уровень TSH продолжал оставаться ниже нормы ( $p_0 < 0,001$ ). Через 3 месяца уровень TSH у 154 больных нормализовался. У 74 больных поднялся выше нормы ( $p_0 < 0,001$ ). До операции уровень T4 free у всех больных был выше нормы. После предоперационной подготовки уровень T4free у 223 больных приблизился к норме. У 5 больных оставался выше нормы ( $p_0 < 0,001$ ). Через 3 месяца после операции уровень T4free у 177 больных приблизился к норме, у 51 больных поднялся выше нормы ( $p_0 < 0,001$ ).

Уровень Anti TPO и Anti TQ у всех больных до операции был достоверно выше нормы. Через 3 месяца после операции в группе сравнения уровень Anti TPO у 21 больного нормализовался, у 144 больных оставался выше нормы ( $p_0 < 0,001$ ). Уровень Anti TQ через 3 месяца после операции у 34 больных нормализовался, у 131 больного продолжал оставаться выше нормы ( $p_0 < 0,001$ ).

Основываясь на изучении гормонального статуса больных было обнаружено, что субклинический гипотиреоз через 3 месяца после операции среди 171 больных из 228 II группы наблюдалась у 97 больных, клинический гипотиреоз в этой же группе больных отмечался у 74. В группе сравнения (I группа) через 3 месяца после операции среди 154 из 252 больных подвергшихся субтотальной резекции субклинический гипотиреоз мы наблюдали у 89, клинический гипотиреоз здесь отмечался у 65 пациентов.

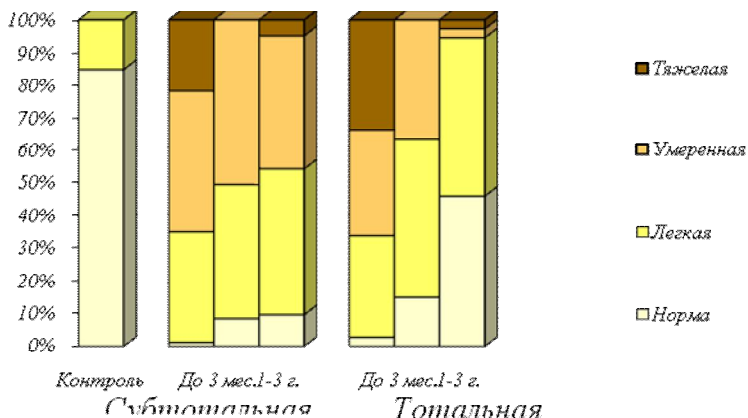
Как показали результаты изучения гуморального иммунитета, уровень IgA при поступлении больных II группы был в среднем ниже нормы на 34,3% ( $p < 0,05$ ). Через 3 месяца после операции его показатель поднялся на 44,0% в сравнении чем до операции и приблизился к норме (ниже нормы на 5,4%). Уровень IgM в дооперационном периоде

был достоверно выше нормы на 82,3%. При определении уровня IgM через 3 месяца после операции мы что в сравнении с показателями до операции его уровень снизился и немного приблизился к нормативу оставаясь при этом на 23,0% выше нормы. Показатели IgG до операции были на 21,6% ниже нормы. Через 3 месяца после операции показатель максимально приблизился к норме (поднялся на 21,4%) оставаясь незначительно ниже нормы на 4,9%. ( $p < 0,05$ ).

В I группе пациентов средние показатели IgA до операции понизились на 33,6%, через 3 месяца после субтотальной резекции средние показатели поднялись на 40,8%, но были ниже нормы на 6,5%. Показатели IgM в первой группе до операции повысились от нормы на 85,5%, через 3 месяца после субтотальной резекции показатели понизились к норме на 28,4% оставаясь при этом выше нормы на 32,8%. Средние показатели IgG до операции были на 22,8% ниже нормы затем через 3 месяца после операции средний показатель поднялся на 15,3% оставаясь при этом ниже нормы на 11,9% ( $p < 0,01$ ).

### Определение параметров качества жизни больных дооперационном и в раннем послеоперационном периоде.

При изучении степени депрессии в субтотальной группе до операции у 28 (33,7±5,2%) больных были обнаружены лёгкая степень депрессии, у 36 (43,4±5,4%) больных умеренная степень, а у 18 (21,7±4,5%) больных тяжёлая степень депрессии ( $p_0 < 0,001$ ). Через 3 месяца после операции уже не было больных с тяжёлой степенью депрессии в связи с чем увеличилось количество больных с умеренной 42 (50,6±5,5%) и лёгкой степенью тяжести 34 (41,0±5,4%  $p_0 < 0,001$ ).



**Рис.2. Результаты психологического тестирования исследуемых больных по шкале Гамильтона**

Во II группе пациентов до операции у 2-х больных не было жалоб на чувство депрессии, 23 больных была лёгкая степень депрессии, у 24 больных умеренная степень, у 25 больных тяжёлая степень депрессии.

Через 3 месяца после операции у 11 больных не было жалоб на чувство депрессии, у 36-ти были лёгкие жалобы, у 27 больных были умеренные жалобы на чувство депрессии. Тяжёлую степень депрессии в послеоперационном периоде мы не наблюдали.

Оценивая степень тревоги по Зангу мы определили, что в I группе у 17 больных до операции тревожного чувства отмечено не было, у 14 была лёгкая степень тревоги, у 10 умеренная, а у 1 больного была отмечена тяжёлая степень тревоги. Через 3 месяца после операции лишь у 2 больных была лёгкая степень тревоги. Умеренную и тяжёлую степень тревоги вовсе не наблюдали.

Среди пациентов II группы у 27 до операции не было отмечено жалоб на чувство тревоги, у 14 была лёгкая степень тревоги, у 16 умеренные изменения, у 1 больного была тяжёлая степень тревоги.

Через 3 месяца после операции в этой же группе больных чувство тревоги вовсе отмечено не было.

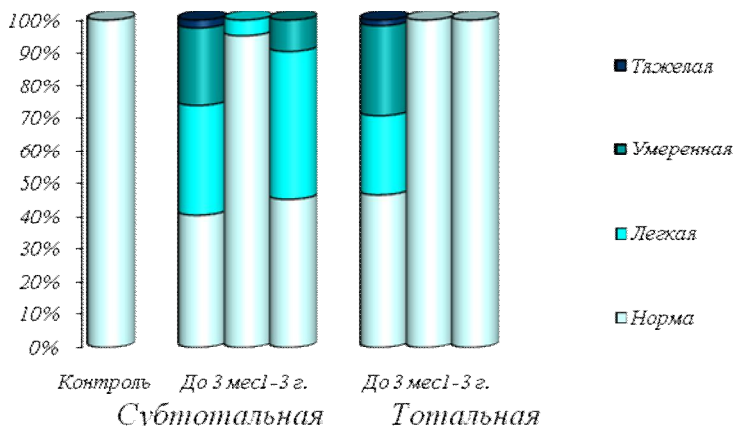


Рис. 3. Результаты оценки чувства тревоги исследуемых больных по шкале Занга

**Отдаленные сроки хирургического лечения наблюдаемых больных с диффузным токсическим зобом.**

Результаты изучения тиреоидного статуса 461 из 480 оперированных больных через 1-3 года после операции показало, что в I группе через 1-3 года уровень TSH у 164 больных нормализовался. У 14 больных стал выше нормы. Ниже нормы не было ни у кого. В контрольной группе уровень TSH у 166 больных нормализовался, у 10 поднялся выше нормы, а у 7-х (с рецидивом) снова стало ниже нормы ( $\chi^2=7,61$ ;  $p_1 < 0,05$ ). Уровень T4free через 1-3 года после операции у 170 больных приблизился к норме, у 6 больных был ниже нормы, у 7-х (с рецидивом) поднялся выше нормы ( $\chi^2=8,43$ ;  $p_1 < 0,05$ ).

У больных II группы уровень Anti TPO через 1-3 года после операции у 51 больных пришел к норме, у 64-х оставался выше нормы, ниже нормы не было ( $p_1 < 0,001$ ); уровень Anti TQ через 1-3 года после операции у 103-х был в норме, у 12 был выше нормы, ниже нормы не было ( $p_1 < 0,001$ ). Во II группе пациентов уровень Anti TPO через 1-3 года после операции у 25 больных дошел до нормы, у 96-х оставался выше нормы, ниже нормы не было ( $p_1 < 0,001$ ); уровень Anti TQ через 1-3 года после операции у 49-х был в норме, у 72 был выше нормы, ниже нормы не было ( $p_1 < 0,001$ ).

В состоянии эутиреоза находились 388 больных из 480 оперированных больных. Рецидив заболевания возник у 7 пациентов (0,4%), из них в сроки до 1 года у 2, а от 1 года до 3 лет у 5 пациентов. Гипотиреоз нами был выявлен у 85 больных (2,7%), однако у большинства (у 61) он был компенсированным (субклиническим) и не требовал применения лечебных мер. Клинический гипотиреоз из 85 был обнаружен у 24 больных, и все они находились на заместительной терапии левотироксином, что позволяло им сохранять социальную активность и трудовую деятельность.

### **Дисперсионный анализ послеоперационных осложнений и рецидива при хирургическом лечении диффузного токсического зоба.**

Из 19-ти обследованных у 1-го с субклиническим гипотиреозом возраст составляет до 20 лет, из 81 обследованных больных у 5-х с субклиническим гипотиреозом возраст составляет от 21 до 30 лет, из 73 больных у 8 с субклиническим гипотиреозом возраст составляет от 31 до 40 лет, у 16 больных из 88 обследованных возраст составляет от 41 до 50 лет, у 23 больных с субклиническим гипотиреозом из 82 возраст составляет от 51 до 60 лет, 5 больных с субклиническим гипотиреозом из 15 возраст составлял от 61-70 лет, из 3-х обследованных больных у 2-их с субклиническим гипотиреозом возраст составлял более 70 лет. Степень влияния фактора (возраста) на вероятность возникновения

субклинического гипотиреоза составляет 8,62% (СФВ = 8,62%: 5,33 – 11,91;  $p < 0,001$ ). Из 19-ти обследованных у 1-го с клиническим гипотиреозом возраст составляет до 20 лет, из 81 обследованных больных у 1 с клиническим гипотиреозом возраст составляет от 21 до 30 лет, из 73 больных у 4 с клиническим гипотиреозом возраст составляет от 31 до 40 лет, у 5 больных из 88 обследованных возраст составляет от 41 до 50 лет, у 9 больных с клиническим гипотиреозом из 82 возраст составляет от 51 до 60 лет, 3 больных с клиническим гипотиреозом из 15 возраст составлял от 61-70 лет, из 3-х обследованных больных у 1-го с клиническим гипотиреозом возраст составлял более 70 лет. Степень влияния фактора (возраста) на вероятность возникновения клинического гипотиреоза составляет 4,16% (СФВ= 4,16%: 0,70 – 7,61;  $p < 0,05$ ). Проводя дисперсионный анализ влияния возраста больных на частоту возникновения рецидива из-за малого количества числа больных с рецидивом (7 человек) не удалось получить статистически достоверный результат (степень влияния возраста на частоту возникновения рецидива составляет 1,12%; 0-4,68:  $p > 0,05$ )

Отдалённые результаты нашего исследования (спустя 1-3 года) показали влияние кардиальных явлений на степень тревоги по Зангу и депрессии по Гамельтону. На большом клиническом материале проведён дисперсионный анализ для определения степени влияния кардиальных явлений на чувство тревоги и депрессии. Были получены следующие результаты: Среди 51-го исследуемых больных у 2-их больных с мерцательной аритмией обнаружена лёгкая степень депрессии. Среди 60-ти исследуемых больных у 6-х с мерцательной аритмией мы получили умеренную степень тяжести депрессии. Из 43-х исследуемых больных у 10-х больных с мерцательной аритмией обнаружена тяжёлая степень депрессии. Степень влияния фактора (мерцательной аритмии) на степень тяжести депрессии составляет 6,27% (доверительный интервал 95%: 1,38-11,17;  $p < 0,05$ ). Из 51 больного 3 больных с желудочковой экстрасистолией наблюдалась лёгкая степень депрессии, из 60 больных у 8 больных с экстрасистолией наблюдалась умеренная степень тяжести депрессии, из 43 больных у 12 больных с желудочковой экстрасистолией наблюдалась тяжёлая степень депрессии. Степень влияния фактора (желудочковой экстрасистолии) составляет 6,64% (СФВ = 6,64%: 1,77 – 11,52;  $p < 0,05$ ). Из 3 больных у 1 больного с тахикардией не наблюдалась депрессия. Из 51 больного у 23-х с тахикардией наблюдалась лёгкая степень депрессии. Из 60 больных у 48 больных с тахикардией наблюдалась умеренная степень депрессии,

у 39 больных из 43 обследованных наблюдалось тяжёлая степень депрессии. Степень влияния фактора (тахикардии) на степень тяжести депрессии составляет 22,62% (СФВ = 22,62% $\pm$ 18,58 – 26,67р <0,001). Из 3 больных у 1 с диффузными изменениями миокарда депрессивное состояние не наблюдалось. У 18 больных с диффузными изменениями миокарда из 51 обследованных наблюдалось лёгкая степень депрессии, из 60 больных у 46 больных с диффузными изменениями миокарда наблюдалось умеренная степень депрессии, из 43 больных у 40 с диффузными изменениями миокарда наблюдалось тяжёлая степень депрессии. Степень влияния фактора (диффузных изменений миокарда) на тяжесть депрессии составляет 34,60% (31,18 – 38,01; р <0,001).

### **Выводы**

1. При изучении частоты возникновения осложнений в отдаленном послеоперационном периоде было выявлено, что развитие гипотиреоза после тотальной тиреоидэктомии (II группа) было отмечено на 1,2% больше ( $\chi^2=0,84; p>0,05$ ) чем в группе больных после субтотальной резекции щитовидной железы (I группа). Рецидив тиреотоксикоза в указанные сроки среди пациентов I группы (в отличие от больных II группы у которых рецидива не было) мы установили в 7 (4,7%) наблюдениях.
2. При изучении иммунологического статуса больных диффузным токсическим зобом было обнаружено, что наиболее чувствительным при оценке тяжести тиреотоксикоза является уровень IgG. У исследуемых больных I группы через 3 месяца после операции данный показатель оставался ниже нормы на 11,9% ( $p<0,01$ ). В указанные сроки наблюдения уровень IgG у больных во II группе практически соответствовал нижним ее границам (был ниже на 4,9%. ( $p<0,05$ )).
3. Проведенный дисперсионный анализ показал, что через 3 года после операции в группе сравнения уровень Anti TPO у 25 больного нормализовался, у 96 больных оставался выше нормы ( $p_0 <0,001$ ), в основной группе у 51 приблизился к норме, у 64 оставался выше нормы. Уровень Anti TQ через 3 года после операции в группе сравнения у 49 приблизился к норме, при этом у 72 был выше нормы, в основной группе у 103 больных пришел к норме, лишь у 12 больных оставался выше нормы ( $p_0 <0,001$ ).
4. При изучении степени депрессии через 1-3 года после операции среди больных II группы у 36 (48,6 $\pm$ 5,8%) была выявлена лёгкая степень депрессии, у 2(2,7 $\pm$ 1,9%) больных умеренная степень, а у 2



больных ( $2,7 \pm 1,9\%$ ) тяжёлая степень депрессии. У 34 ( $45,9 \pm 5,8\%$ ) больных депрессия и вовсе не была диагностирована ( $p < 0,001$ ).

5. Проведенный дисперсионный анализ показал, что тиреоидэктомия является наиболее обоснованной операцией, способствующая уменьшению частоты послеоперационных осложнений и обеспечивающая достаточно высокое качество жизни больных с диффузным токсическим зобом.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Предложенный комплекс исследования качества жизни больных с диффузным токсическим зобом оказался эффективным для сравнения результатов лечения после субтотальной резекции щитовидной железы, а также тиреоидэктомии.

Проведённый автором дисперсионный анализ выявивший степень влияния фактора (возраста больных, кардиальных явлений) на психологический статус больных, а также на возникновение послеоперационных осложнений (гипотиреоза и рецидива тиреотоксикоза) в позднем послеоперационном периоде оказался эффективным. Кроме того выявлено влияние на уровень IgG тяжести тиреотоксикоза.

Следует признать, что тиреоидэктомия является наиболее адекватным при выборе метода хирургического лечения больных с диффузным токсическим зобом. Однако, необходимо отметить, что указанного рода операции следует осуществлять в специализированных центрах эндокринной хирургии во избежания ятрогенных повреждений.

## **СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Diffuz toksiki urların cərrahi müalicəsi zamanı əməliyyatın həcmnin adekvat seçilməsi // Cərrahiyyə, 2012, №3, s.7-9 (həmm.: Ağayev R.A., Ağayeva A.R., Aslanova J.B., Yusifov S.Y., Əhmədova S.N.).
2. Тиреоидэктомия -лучший метод хирургического лечения // Oncology-XXI century, Spain, 2013, p. 5-9 (coaut.: Ağayev R.A., Ağayeva A.R., Aslanova J.B., Yusifov S.Y.).
3. Хирургия внутригрудных и загрудинных зобов // Oncology-XXI century Brussels 26 april-3may 2014 стр.40-45 (соавт. Агаев Р.А., Агаева А.Р., Агаева А.Ф., Юсифов С.Ю.).

4. Новые подходы в хирургическом лечении диффузно-токсического зоба // Центрально – Азиатский Медицинский журнал имени М. Миррахимова, 2014, №1, с. 27 (соавт. Агаев Р.А., Агаева А.Р.).
5. Эффективность применения генератора «Liqasure» при операциях на щитовидной железе из мини-доступа // M.A.Topçubaşov adına ESM elmi məqalələr toplusu, 2014, s. 56-66 (həmmüə.: Ağayev R.A., Ağayeva A.R., Yusifov S.Y.).
6. Toksik diffuz urun müasir cərrahi müalicəsi // Azərbaycan-Türkiyə cərrahiyyə və gastroenterologiya günləri, 2014, s.129 (həmmüə.: Ağayeva A.R., Ağayev R.A.).
7. Современная концепция хирургического лечения диффузно-токсического зоба // Hidayət Bilal oğlu İsayevin 70 illik yubileyinə həsr edilmiş elmi-praktiki konfransın materialları, 2014, s. 76-77 (соавт.: Агаев Р.А.).
8. Diffuz toksiki urun cərrahi müalicəsində “Ligasure” generatorunun istifadəsi // t.e.d. prof. Əliniyaz Əli oğlu Mamedovun 70 illik yubileyinə həsr edilmiş elmi-praktiki konfransın materialları, 2015, s. 27-28 (həmmüə.: Ağayev R.A., Ağayeva A.R.).
9. Ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения диффузно-токсического зоба // t.e.d. prof. Əliniyaz Əli oğlu Mamedovun 70 illik yubileyinə həsr edilmiş elmi-praktiki konfransın materialları, 2015, s. 177-179 (həmmüə.: Ağayeva A.R., Zamanov R.M., Ağayev R.A.).
10. Clinic-functional features of atrial fibrillation in diffuse toxic goiter // Oncology-XXI century, Russian, 2015, p. 25-27 (соавт.: Ağayev R.A., Ağayeva A.R., Aslanova J.B., Yusifov S.Y.).
11. Оптимизация методов и прогнозирование результатов хирургического лечения диффузно-токсического зоба // Центрально – Азиатский Медицинский журнал имени М. Миррахимова, 2015, №4, с.294-298 (соавт.:Агаева А.Р., Агаев Р.А.).
12. Выбор тактики хирургического лечения при диффузно токсическом зобе // t.e.d. prof. Əliniyaz Əli oğlu Mamedovun 70 illik yubileyinə həsr edilmiş elmi-praktiki konfransın materialları, 2015, s. 30-32 (həmmüə.: Ağayeva A.R., Yusifov S.Y., Ağayev R.A.).
13. Анализ ближайших результатов хирургического лечения диффузно-токсического зоба // Cərrahiyyə, 2016, №1, s. 9-12 (həmmüə.: Ağayeva A.R., Ağayev R.A.).

14. Tireoidektomiya əməliyyatı aparıldıqda “ Ligasure” generatorunun istifadəsi // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri. 2016, № 2, səh. 156-159.
15. Прогнозирование отдалённых результатов хирургического лечения диффузно-токсического зоба / XX Международная научная конференция “Онкология XXI век” по онкологии и эндокринной хирургии. Россия, 2016, стр.11-18 (соавт.: Агаева А.Р., Агаев Р.А., Юсифов С.Ю.,Ахмедова С.Н)
16. Отдаленные результаты хирургического лечения диффузно-токсического зоба // Вестник Хирургии Казахстана, 2016, № 2, с.68-73.

**LALƏ ŞƏMŞAD qızı SƏFƏROVA**  
**DİFFUZ TOKSİKİ URU OLAN XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ**  
**MÜALİCƏ NÖVÜNDƏN ASILI OLARAQ HƏYAT**  
**KEYFİYYƏTİNİN MÜQAYİSƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**

**XÜLASƏ**

Hazırkı dövrə qədər diffuz toksiki urun (DTU) profilaktikası, diaqnostika və müalicəsi müasir təbabətin həll olunmamış problemlərindən biri olaraq qalır. Bu ilk növbədə əməliyyatın aparılmasına göstəriş, əməliyyatın həcmi və postoperativ dövrdə xəstələrin aparılması məsələlərinə aiddir. Bütün bu qeyd edilənlər xəstələrin müalicə nəticələrinin, eləcə də xəstələrin həyat keyfiyyətinin artırılmasına yönəlik bir istiqamətdir.

**İşin məqsədi:** diffuz toksiki urun kliniki təzahürlərinin, xəstələrin psixoloji durumunun, eləcə də əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaları arasında korrelyativ əlaqələri öyrənməklə xəstəliyin diaqnostika və müalicə üsullarının optimallaşdırılması

**Tədqiqatın material və metodları.** Tədqiqat işi 2012-2014-cü illər müddətində 480 DTU olan xəstənin müalicə nəticələrinin təhlilinə əsaslanmışdır. Tədqiq edilən xəstələr arasında yüngül dərəcəli toksikoz 51 (10,6%), orta ağır - 220 (45,8%), ağır toksikoz isə 209 (43,5%) xəstədə müəyyən edilmişdir. Cərrahi müalicə nəticələrin müqayisəli təhlilinin aparılması üçün xəstələr tərəfimizdən 2 qrupa bölünmüşdür: I qrupa (kontrol) 252 xəstə daxil edilmişdir ki, bunlara O.V.Nikolayev metodikası ilə qalxanvari vəzinin subtotal rezeksiyası (2-6 qr.toxuma saxlanılmaqla) icra edilmişdir. II qrupa isə (əsas) 228 daxil edilmişdir ki, bunlarda əməliyyatın radikallığının artırılması məqsədi ilə tiroidektomiya icra edilmişdir.

Bütün xəstələrə ümumqəbul edilmiş rutin kliniki müayinələrlə yanaşı, həyat keyfiyyətinin tədqiqi SF36 adlı standart anketləşmə ilə birgə psixoloji vəziyyətlərinin (Zanq və Hamelton şkalaları ilə) qiymətləndirilməsi həyata keçirilmişdir

Aparılmış korrelyativ analiz göstərmişdir ki, tiroidektomiya patogenetik əsaslanmış əməliyyat olub, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların azalmasına, eləcə də daha yüksək (subtotal strimektomiya ilə müqayisədə) həyat keyfiyyətin əldə edilməsinə zəmin yaradır.

**LALA SHAMSHAD SAFAROVA**  
**COMPARATIVE ASSESSMENTO OF THE QUALITY OF LIFE OF**  
**PATIENTS WITH DIFFUSE TOXIC GOITER SUBJECT TO THE**  
**TYPE OF SURGICAL TREATMENT**

**SUMMARY**

Prevention, diagnostics and treatment of diffuse toxic goiter (DTG) so far remain as actual issues of modern medicine. This, first of all, refers to the issues surgical indication, extent of operation and management of patients in the postoperative period. All the above-mentioned is aimed at the improvement of results of treatment and quality of life of patients.

**Purpose of the work:** optimization of diagnostic and treatment methods of diffuse toxic goiter through the study of clinical aspects of the disease, psychological state of patients, as well as of correlative relations of postoperative complications

**Materials and methods of the research.** The research work is based on the analysis of results of treatment of 480 patients with DTG within the period of 2012-2014. Among the patients, low toxicosis was revealed in 51 (10,6%), moderate in - 220 (45,8%), severe in 209 (43,5%) patients. To carry out comparative analysis of results of surgical treatment we divided the patients into 2 groups: I group (control) included 252 patients which were performed subtotal thyroid resection by O.V.Nikolayev's (2-6 gr of the tissue was left). The II group (main) included 228 patients exposed to thyroidectomy for the purpose of increase of radicalization of the operation.

Along with common routine clinical examinations, assessment of the psychological state (Zang and Hamelton) of all the patients was carried out with SF36 standard questionnaire survey of the quality of life.

The implemented correlative analysis showed that thyroidectomy is a pathogenetically based operation which makes it possible to reduce postoperative complications and achieve high quality of life (as compared with subtotal strumectomy).

## СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- АТ к рТТГ - антитела к рецептору ТТГ
- АТ к ТПО - антитела к тиреоидной пероксидазе
- ВГН- возвратный гортанный нерв
- ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
- ДТЗ - диффузный токсический зоб
- ИКЖ - индекс качества жизни
- КЖ- качество жизни
- ЛАШ - линейная аналоговая шкала
- РТЗ - рецидивный токсический зоб

СРЦЖ — субтотальная резекция щитовидной железы  
ТАБ - тонкоигольная аспирационная биопсия  
ТСИ - тиреостимулирующие иммуноглобулины  
ТТГ - тиреотропный гормон  
ТЭ - тиреоидэктомия  
УЗИ - ультразвуковое исследование  
ХАИТ — хронический аутоиммунный тиреоидит  
ЩЖ - щитовидная железа  
ЭОП - эндокринная офтальмопатия  
Св. Т3 - свободный трийодтиронин  
Св. Т4 - свободный тироксин  
ОР - относительный риск

Kağız formatı 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Sifariş 708 Tiraj 100.

---

Azərbaycan Tibb Universitetinin  
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ**

**AKADEMİK M.A.TOPÇUBAŞOV ADINA ELMİ  
CƏRRAHIYYƏ MƏRKƏZİ**

*Əlyazması hüququnda*

**LALƏ ŞƏMŞAD QIZI SƏFƏROVA**

**DİFFUZ TOKSİKİ URU OLAN XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ  
MÜALİCƏ NÖVÜNDƏN ASILI OLARAQ HƏYAT  
KEYFİYYƏTİNİN MÜQAYİSƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**

3213.01 – “Cərrahlıq”

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün  
təqdim edilmiş dissertasiyanın

**A V T O R E F E R A T I**

Bakı – 2016