

Хірургічне лікування тиреоїдиту Хашимото. Показання та оцінка результатів з позиції якості життя



**В. О. Шідловський¹, О. В. Шідловський¹,
М. І. Шеремет², В. В. Твердохліб¹**

¹ Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

² Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Тиреоїдит Хашимото (ТХ) — це автоімунний стан, який характеризується лімфоцитарною інфільтрацією щитоподібної залози (ЩЗ) та підвищенням у сироватці крові рівня антитіл до тиреоїдної пероксидази (АТ ТПО). Спочатку захворювання розвивається як органоспецифічне, згодом у частини пацієнтів з невідомих причин набуває ознак системного, і за класифікацією автоімунних захворювань його можна віднести до проміжних. У таких випадках органоспецифічний автоімунний процес провокує розвиток системного захворювання і підтримує його [1, 2].

Клінічно ТХ виявляється постійним болем і відчуттям стороннього тіла на передній поверхні шиї, дрям'ям у горлі, сухим кашлем, хрипкістю голосу, а згодом — відомими виявами гіпотиреозу. Крім того, на тлі лімфоцитарної інфільтрації та гіперплазії лімфоїдної тканини в ЩЗ може розвинути дифузний або вузловий зоб. Це супроводжується появою симптомів стиснення трахеї, стравоходу, нервів гортані, судин шиї. При прогресуванні автоімунного процесу виникають ознаки екстратиреоїдних уражень: біль у суглобах і м'язах, сухість склер та у роті, погіршення пам'яті, тяжка загальна втома, втрата фертильності та інтересу до життя

[3—7]. Ці симптоми разом із місцевими виявами ТХ і гіпотиреозом суттєво погіршують якість життя, а замісна гормональна терапія не приносить полегшення [8—10].

I. Guldvog зазначив, що втома, спричинена хворобою Хашимото, виснажує. «Хашимото — це не хвороба, від якої Ви помираєте, але вона може зробити Ваше існування нестерпним». Люди не можуть працювати. Якість їх життя дуже погана. Медичне лікування не дає змоги усунути всі симптоми. У такому контексті варто звернути увагу на ще одне висловлювання I. Guldvog на Міжнародному тиреоїдологічному конгресі (2015): «Тироксин не нормалізує рівня симптомів або рівня АТ ТПО» [11].

У 2019 р. I. Guldvog зі співавт. опублікував результати застосування хірургічного методу в лікуванні хворих на ТХ з поганою якістю життя [12]. За опитувальником SF-36 оцінювали зміни якості життя після тиреоїдектомії і замісної терапії порівняно з хворими, яким проводили лише стандартну терапію тиреоїдними гормонами. Встановлено, що показники якості життя в осіб, пролікованих хірургічним методом (тиреоїдектомія), поліпшилися: підвищився середній показник загального здоров'я з різницею між групами 29 балів ($p < 0,001$), зменшилася втом-

Шідловський Віктор Олександрович, д. мед. н., професор кафедри хірургії № 1 з урологією, малоінвазивною хірургією та нейрохірургією імені професора Л. Я. Ковальчука. 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1. Тел. (0352) 52-14-64. E-mail: Sofija.viktorolex@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8869-5780>; Шідловський Олександр Вікторович, д. мед. н., професор кафедри загальної хірургії. 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1. Тел. (0352) 52-14-64. E-mail: shydlovskyow@tdmu.edu.ua. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5049-7404>; Шеремет Михайло Іванович, д. мед. н., доцент кафедри хірургії № 1. 58000, м. Чернівці, пл. Театральна, 2. Тел. (0372) 90-22-09. E-mail: mihayl71@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3320-2421>; Твердохліб Віктор Васильович, к. мед. н., доцент кафедри хірургії № 1 з урологією, малоінвазивною хірургією та нейрохірургією імені професора Л. Я. Ковальчука. 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1. Тел. (0352) 52-14-64. E-mail: tverdohlyb@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5393-9332>.

люваність з різницею між групами 9,3 бала, а частота хронічної втоми — з різницею між групами з 85 до 39 %. З ускладнень автори спостерігали запальні інфільтрати в рані (у 3 хворих), гіпокальціємію (у 3) та однобічний транзиторний параліч гортанного нерва (в 4). Середній рівень АТ ТПО знизився з 2232 МО/мл до операції до 152 МО/мл після неї. Отримання таких результатів пояснюють видаленням тиреоїдного антигена (ЩЗ) як джерела автоімунної агресії, нормалізацією рівня титру АТ ТПО та запальних медіаторів у сироватці крові. Ця публікація спричинила жваву дискусію, переважно з позитивними відгуками, однак з пересторогою щодо можливого збільшення випадків травм поворотних нервів і прищитоподібних залоз із відповідними наслідками у зв'язку з технічними труднощами проведення тиреоїдектомії при ТХ [13].

Нині немає визначених показань до хірургічного лікування ТХ. За останні 20 років у літературі є повідомлення про окремі випадки застосування хірургічного методу [14]. На нашу думку, до цих питань слід підходити з чітко визначених позицій, наприклад, з класифікації захворювання. Проте у відомих класифікаціях такі вказівки відсутні [15, 16].

Для вибору лікувальної тактики у пацієнтів із ТХ ми розробили та використовуємо такі критерії оцінки особливостей клінічного перебігу ТХ.

1. Без зоба, еутиреоз.
2. Без зоба, гіпотиреоз.
3. Із зобом без компресійного синдрому, еутиреоз чи гіпотиреоз.
4. Із зобом, компресійний синдром, еутиреоз чи гіпотиреоз.
5. Із зобом чи без зоба, рівень АТ ТПО понад 1000 МО/мл, з місцевою та екстратиреоїдною клінічною симптоматикою.

Згідно з цими критеріями можна обрати лікувальну тактику і методи лікування. В першому варіанті — динамічне спостереження, зокрема контроль рівня тиреотропного гормону (ТТГ) раз на півроку й ультразвукове дослідження (УЗД) залози раз на рік, у другому — контрольована замісна терапія левотироксином і УЗД залози раз на рік, у третьому при вузловій трансформації залози слід провести тонкоігольову аспіраційну пункційну біопсію і лише в разі отримання цитологічного висновку за класифікацією Bethesda IV—VI показане хірургічне лікування. При клінічному перебігу ТХ, який відповідає четвертому і п'ятому варіантам, вважаємо доцільним застосовувати хірургічне лікування.

Ми проаналізували віддалені результати хірургічного лікування хворих на ТХ, зокрема якість їх життя.

Під час проведення дослідження дотримувалися принципів біоетики: основних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), GCP (1996), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964—2000) і наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р. Усі обстежені особи власноруч і добровільно підписали інформовану згоду про участь у дослідженні згідно з протоколом, затвердженим Комісією з питань біоетики Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (протокол № 2 від 03.04.2019).

Мета роботи — вивчити вплив тиреоїдектомії на якість життя хворих на тиреоїдит Хашимото з екстратиреоїдними виявами.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період з 2008 до 2020 р. у Тернопільській міській лікарні швидкої допомоги хірургічне лікування ТХ застосували у 37 хворих. Віддалені результати лікування (через 2 роки після операції) з оцінкою якості життя вивчили у 32 з них (основна група). Отримані дані порівнювали з результатами контрольної групи, до складу якої входили 29 хворих на ТХ, котрим проводили лікування гіпотиреозу препаратами тироксину з контролем рівня ТТГ у межах еутиреозу.

Усі пацієнти були жінками віком від 23 до 45 років (середній вік — $(35,20 \pm 0,61)$ року) у стані еутиреозу, який підтримували за допомогою замісної терапії. Доза препаратів тироксину — від 112,5 до 225,0 мкг/добу. Тривалість захворювання на ТХ до залучення в дослідження становила від 7 до 19 років (у середньому — $(11,80 \pm 0,53)$ року), лікування препаратами тироксину — від 2 до 8 років (у середньому — $(4,20 \pm 0,32)$ року). За середніми показниками віку хворих, тривалості захворювання та дози левотироксину групи статистично значущо не відрізнялися.

Критеріями залучення в дослідження були:

1. Згода пацієнта на участь у дослідженні.
2. Наявність ТХ з гіпотиреозом, компенсованим препаратами тироксину, місцевою і екстратиреоїдною симптоматикою.
3. Відсутність загальних соматичних і системних автоімунних захворювань.
4. Рівень АТ ТПО у крові понад 1000 МО/мл.

Таблиця 1

Зміни показників якості життя після медикаментозного лікування (контрольна група) ($M \pm m$)

Досліджуваний показник	Контрольна група (n = 29)	
	До лікування	Після лікування
Фізичне функціонування	49,40 $\pm$ 0,87	49,10 $\pm$ 0,85
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	36,70 $\pm$ 2,24	35,90 $\pm$ 2,23
Інтенсивність болю	32,10 $\pm$ 1,08	31,20 $\pm$ 1,04
Загальний стан здоров'я	19,80 $\pm$ 0,69	19,10 $\pm$ 0,65
Життєва активність	20,30 $\pm$ 1,18	19,70 $\pm$ 1,18
Соціальне функціонування	38,40 $\pm$ 1,52	37,20 $\pm$ 1,48
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	46,40 $\pm$ 2,91	44,40 $\pm$ 2,81
Психічне здоров'я	42,60 $\pm$ 0,55	41,40 $\pm$ 0,49
АТ ТПО, МО/мл	1791,70 $\pm$ 89,17	1584,50 $\pm$ 101,16

Примітка. Тут і у таблиці 2 досліджувані показники у балах, зміни показників після лікування не є статистично значущими ($p > 0,05$).

У всіх пацієнтів перед залученням у дослідження обстежено функцію ЩЗ, рівень АТ ТПО в крові, за даними УЗД оцінено структуру залози. Наявні в 4 пацієнтів вузлові утворення за результатами тонкогोलкової аспіраційної пункційної біопсії були доброякісними.

Тиреоїдектомію виконували за екстрафасціальною методикою під внутрішньовенним наркозом з дихальною підтримкою. Для моніторингу нервів гортані використовували розроблену нами технологію ідентифікації нервів гортані серед тканин операційної рани [17]. Лікування в стаціонарі тривало 2—3 дні. Ускладненнями хірургічного лікування були: інфільтрат ділянки рани ($n = 1$), гіпопаратиреоз ($n = 3$, усі транзиторні), транзиторний однобічний парез гортані ($n = 2$).

Якість життя пацієнтів обох груп вивчали при залученні в дослідження та через 2 роки спостереження. Термін для повторного обстеження з метою визначення якості життя обрали довільно. На нашу думку, досліджувані показники за такий період часу можуть статистично значущо нормалізуватися чи досягнути стабільних величин у відповідь на застосоване лікування.

Для оцінки якості життя використовували опитувальник SF-36, який включає 36 запитань, об'єднаних у 8 шкал [18]. Відповідно до шкал у балах вивчали показники фізичного функціонування (Physical functioning, PF), рольового функціонування, зумовленого фізичним станом (Role-physical functioning, RF), інтенсивності болю (Bodily pain, BP), загального стану здоров'я (General health, GH), життєвої активності (Vitality, VT), соціального функціонування

(Social functioning, SF), рольового функціонування, зумовленого емоційним станом (Role emotional, RE), психічного здоров'я (Mental health, MH). Аналізували відповіді пацієнтів під час контрольного обстеження. Отримані результати порівнювали з показниками на початку дослідження.

Режим проведення досліджень для хворих обох груп був таким: на початку дослідження пацієнти заповнювали анкету опитувальника SF-36, у них визначали рівень ТТГ і АТ ТПО; через кожні 6 міс оцінювали рівень ТТГ і за потреби проводили корекцію дози замісної терапії та УЗД; через 2 роки проводили повторне обстеження: визначали рівень ТТГ і АТ ТПО, хворі заповнювали анкету. У пацієнтів основної групи через 2 міс після операції досліджували рівень ТТГ і в разі потреби змінювали дозу тироксину.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз вихідних даних показав, що середні значення показників якості життя хворих обох груп були однаковими і значно відрізнялися від параметрів ідеального здоров'я (табл. 1 і 2). Детальний аналіз якості життя дав змогу встановити, що у пацієнтів обох груп на момент залучення в дослідження найбільше відрізнялися від норми показники психоемоційної сфери та фізичного функціонування.

Результати медикаментозного лікування. Медикаментозне лікування (переважно замісна терапія гіпотиреозу препаратами тироксину) через 2 роки не вплинуло загалом на якість життя пацієнтів (див. табл. 1). Шість хворих з тривалістю ТХ 15 років і біль-

Таблиця 2

Зміни показників якості життя після хірургічного лікування (основна група) ($M \pm m$)

Досліджуваний показник	Основна група (n = 32)	
	До лікування	Після лікування
Фізичне функціонування	49,80 $\pm$ 0,87	87,70 $\pm$ 0,67
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	33,60 $\pm$ 2,24	75,80 $\pm$ 2,91
Інтенсивність болю	30,90 $\pm$ 1,10	84,50 $\pm$ 1,42
Загальний стан здоров'я	18,70 $\pm$ 0,59	70,30 $\pm$ 0,45
Життєва активність	19,30 $\pm$ 1,16	76,20 $\pm$ 0,64
Соціальне функціонування	35,40 $\pm$ 1,47	83,90 $\pm$ 1,84
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	43,20 $\pm$ 2,88	77,80 $\pm$ 3,85
Психічне здоров'я	41,20 $\pm$ 0,35	84,80 $\pm$ 0,61
АТ ТПО, МО/мл	1866,30 $\pm$ 120,24	79,90 $\pm$ 7,59

Примітка. Зміни показників після лікування є статистично значущими ($p < 0,001$).

ше вказали на погіршення показників якості життя, таких як соціальне функціонування і рольове функціонування, зумовлене емоційним станом. На нашу думку, така оцінка якості життя є логічною з огляду на те, що вона відображує їх психоемоційний стан, зумовлений прогресуванням хвороби і неефективністю отриманого лікування. Показники АТ ТПО в сироватці крові зменшились у більшості хворих, проте залишилися високими. Ці зміни не були статистично значущими.

Результати хірургічного лікування. У пацієнтів, пролікованих хірургічним методом, через 2 роки показники фізичної та психоемоційної оцінки якості життя суттєво і статистично значущо поліпшилися (див. табл. 2), показник рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, — на 34 %, показник життєвої активності — на 57 %, показник загального стану здоров'я — на 52 %. У жодній анкеті не було відповідей, які б свідчили про погіршення якості життя. Титр АТ ТПО зменшився майже до рівня фізіологічних значень.

Чому після видалення ЩЗ у крові визначаються АТ ТПО, пояснити складно, адже їх специфічність вказує на те, що в організмі наявна тиреоїдна тканина. Очевидно, так воно і є. В ідеалі виконати тиреоїдектомію, а тим паче за умов ТХ і вираженого злукового процесу на тлі запалення, не залишивши невидимих частинок ЩЗ, практично неможливо.

Сцинтиграфія ложа ЩЗ після тиреоїдектомії з приводу раку майже в кожному випадку незалежно від стадії пухлинного процесу показує ділянки накопичення ізотопу. Отже, ці залишки тканини ЩЗ і є джерелом утворення АТ ТПО, а їх наявність після тирео-

їдектомії з приводу ТХ є маркером повноцінності тиреоїдектомії.

Ми поділяємо і підтримуємо думку I. Guldvog та співавт. [12] щодо механізмів ефективності хірургічного лікування ТХ. Свої висновки автори обґрунтовують, посилаючись на результати раніше опублікованих досліджень щодо механізмів розвитку артритів у хворих на ТХ. Це стосується участі в запаленні АТ ТПО та інших імунологічних медіаторів, таких як Т-лімфоцити, γ -інтерферон, фактор некрозу пухлини- α , інтерлейкіни-1 та 2, С-реактивний білок [18—21].

ВИСНОВКИ

1. Тиреоїдектомія у хворих на тиреоїдит Хашимото з місцевою і екстратиреоїдною симптоматикою на тлі лабораторного медикаментозного еутиреозу дає змогу поліпшити якість життя.

2. Рівень антитіл до тиреоїдної пероксидази після хірургічного лікування знижується до майже фізіологічно значущих показників.

3. З'ясування причини поліпшення якості життя і ролі зниження рівня антитіл до тиреоїдної пероксидази в сироватці крові є одним із напрямів розкриття патогенетичних механізмів екстратиреоїдних ускладнень тиреоїдиту Хашимото.

4. Медикаментозне лікування гіпотиреозу на ґрунті тиреоїдиту Хашимото з місцевою та екстратиреоїдною симптоматикою не сприяє поліпшенню якості життя хворих.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці цієї статті.

Участь авторів: керівництво роботою, набір клінічного матеріалу — В. О. Шідловський; набір клінічного матеріалу, написання роботи — О. В. Шідловський; набір клінічного матеріалу, написання роботи — М. І. Шеремет; статистична обробка матеріалу, оформлення роботи — В. В. Твердохліб.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Ramos-Leví AM, Marazuela M. Pathogenesis of thyroid autoimmune disease: the role of cellular mechanisms. *Endocrinol Nutr*. 2016;63(8):421–9. DOI: 10.1016/j.endonu.2016.04.003
- Weetman AP. The immunopathogenesis of chronic autoimmune thyroiditis one century after Hashimoto. *Eur Thyroid J*. 2013;1(4):243–50. DOI: 10.1159/000343834
- Biró E, Szekanecz Z, Czirják L, et al. Association of systemic and thyroid autoimmune diseases. *Clin Rheumatol*. 2006;25(2):240–5. DOI: 10.1007/s10067-005-1165-y.
- Ruggeri RM, Trimarchi F, Giuffrida G, et al. Autoimmune comorbidities in Hashimoto's thyroiditis: different patterns of association in adulthood and childhood/adolescence. *Eur J Endocrinol*. 2017;176(2):133–41. DOI: 10.1530/EJE-16-0737.
- Giuffrida G, Bagnato G, Campenni A, et al. Non-specific rheumatic manifestations in patients with Hashimoto's thyroiditis: a pilot cross-sectional study. *J Endocrinol Invest*. 2020;43(1):87–94. DOI: 10.1007/s40618-019-01083-w.
- Dosiou C. Thyroid and fertility: recent advances. *Thyroid*. 2020;30(4). DOI: 10.1089/thy.2019.0382.
- He Y, He T, Wang Y, et al. Comparison of the effect of different diagnostic criteria of subclinical hypothyroidism and positive TPO-Ab on pregnancy outcomes. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2014;49(11):824–8.
- Petnehazy E, Buchinger W. Hashimoto Thyreoiditis, therapeutische Optionen und extrathyreoidale Assoziationen – ein aktueller Überblick. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2019;170(4–5):1–9. DOI: 10.1007/s10354-019-0691-1.
- Ott J, Promberger R, Kober F, et al. Hashimoto's thyroiditis affects symptom load and quality of life unrelated to hypothyroidism: a prospective case-control study in women undergoing thyroidectomy for Benign Goiter. *Thyroid*. 2011;21(2):161–7. DOI: 10.1089/thy.2010.0191.
- Angell TE. Thyroidectomy improves quality of life and fatigue in patients with Hashimoto's disease and persistent symptoms compared to adequate thyroid hormone replacement. *Clin Thyroidology*. 2019;31(5):178–81. DOI: 10.1089/ct.2019;31.178-181.
- Fallahi P, Ferrari SM, Ruffilli I, et al. The association of other autoimmune diseases in patients with autoimmune thyroiditis: Review of the literature and report of a large series of patients. *Autoimmun Rev*. 2016;15(12):1125–8. DOI: 10.1016/j.autrev.2016.09.009
- Guldvog I, Reitsma LC, Johnsen L, et al. Thyroidectomy versus medical management for euthyroid patients with Hashimoto disease and persisting symptoms: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2019;170:453–64. DOI: 10.7326/M18-0284.
- McManus C, Luo J, Sippel R, Chen H. Should patients with symptomatic Hashimoto's thyroiditis pursue surgery? *J Surg Res*. 2011;170(1):52–5. DOI: 10.1016/j.jss.2011.01.037.
- Pradeep PV, Ragavan M, Ramakrishna BA, et al. Surgery in Hashimoto's thyroiditis: Indications, complications, and associated cancers. *JPGM*. 2011;57(2):120–2.
- Tronko MD, Kovalenko AYe, Tarashchenko YuM, Ostafiichuk MV. Surgical aspects of thyrotoxicosis and chronic autoimmune thyroiditis (literature review and own research). *Journal of NAMS of Ukraine*. 2018;24(3–4):258–67. (in Ukrainian).
- Caturegli P, de Remigis A, Rose NR. Hashimoto thyroiditis: Clinical and diagnostic criteria. *Autoimmun Rev*. 2014;13(4–5). DOI: 10.1016/j.autrev.2014.01.007.
- Shidlovskiy AV, Sheremet MI, Shidlovskiy VA, et al. Electrophysiological identification of nerves of the larynx among the tissues of operative wound in goiter surgeries. *Arch. Balkan Med. Union*. 2017;52(4):408–13.
- Loge JH, Kaasa S. Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scand J. Soc Med*. 1998;26:250–8. PMID: 9868748.
- Norheim KB, Jonsson G, Omdal R. Biological mechanisms of chronic fatigue. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(6):1009–18. PMID: 21285230. DOI: 10.1093/rheumatology/keq454.
- Pankiv VI. The place and significance of selenium-containing drugs in the treatment of autoimmune thyroiditis. *Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery*. 2015;3(51):79–84. (in Ukrainian).
- Honcharova OA. Associations between mycoplasma and components of immune response in women with autoimmune thyroiditis. *Mizhnarodnij endokrinologichnij zhurnal*. 2014;7(63):18–22. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0721.7.63.2014.77122> (in Russian).

РЕЗЮМЕ

Хірургічне лікування тиреоїдиту Хашимото. Показання та оцінка результатів з позиції якості життя

В. О. Шідловський¹, О. В. Шідловський¹, М. І. Шеремет², В. В. Твердохліб¹

¹ Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

² Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Мета роботи — вивчити вплив тиреоїдектомії на якість життя хворих на тиреоїдит Хашимото (ТХ) з екстратиреоїдними виявами.

Матеріали та методи. Обстежено 61 хвору на ТХ, з них 29 проліковано медикаментозно (контрольна група), 32 — хірургічним методом (основна група). Тривалість захворювання на ТХ до залучення в дослідження становила від 7 до 19 років (у середньому — $11,80 \pm 0,53$ року), лікування левотироксином — від 2 до 8 років (у середньому — $4,20 \pm 0,32$ року). За середніми показниками віку хворих, тривалості захворювання та дози левотироксину групи статистично значущо не відрізнялися. Вивчали якість життя за показниками опитувальника SF-36. Контролювали рівень тиреотропного гормону в межах еутиреозу. Визначали рівень антитіл до тиреоїдної пероксидази.

Результати. Через два роки після хірургічного лікування досліджувані показники якості життя статистично значущо поліпшилися. Зростання окремих показників становило від 34 % (рольове функціонування, зумовлене емоційним станом) до 57 % (життєва активність), а показник загального стану здоров'я збільшився на 52 %. Рівень антитіл до пероксидази знизився майже до показників норми. У групі хворих, які отримували медикаментозне лікування, показники якості життя загалом статистично значущо не змінилися, але спостерігалася тенденція до погіршення. Рівень антитіл до пероксидази залишився високим без статистично значущих змін. Тиреоїдектомія у хворих на ТХ з гіпотиреозом, місцевою та екстратиреоїдною симптоматикою на тлі еутиреозу дає змогу поліпшити якість життя.

Висновки. Хірургічне лікування хворих на ТХ дає змогу поліпшити якість життя. Рівень антитіл до тиреопероксидази після тиреоїдектомії знижується до майже фізіологічно значущих показників.

Ключові слова: тиреоїдит Хашимото, якість життя, тиреоїдектомія.

РЕЗЮМЕ

Хирургическое лечение тиреоидита Хашимото. Показания и оценка результатов с позиции качества жизни

В. А. Шидловский¹, А. В. Шидловский¹, М. И. Шеремет², В. В. Твердохлеб¹

¹ Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского

² Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы

Цель работы — изучить влияние тиреоидэктомии на качество жизни больных тиреоидитом Хашимото (ТХ) с экстратиреоидными проявлениями.

Материалы и методы. Обследовали 61 больную ТХ, из них 29 пролечено медикаментозно (контрольная группа), 32 — хирургическим методом (основная группа). Длительность заболевания ТХ до включения в исследование составляла от 7 до 19 лет (в среднем — $11,80 \pm 0,53$ года), лечение левотироксином — от 2 до 8 лет (в среднем — $4,20 \pm 0,32$ года). По средним показателям возраста больных, длительности заболевания и дозы левотироксина группы статистически значимо не отличались. Изучали качество жизни по показателям опросника SF-36. Контролировали уровень тиреотропного гормона в пределах эутиреоза. Определяли уровень антител к тиреоидной пероксидазе.

Результаты. Через два года после хирургического лечения исследуемые показатели качества жизни статистически значимо улучшились. Рост отдельных показателей составил от 34 % (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) до 57 % (жизненная активность), а показатель общего состояния здоровья увеличился на 52 %. Уровень антител к пероксидазе снизился почти до показателей нормы. В группе больных, получавших медикаментозное лечение, показатели качества жизни в целом статистически значимо не изменились, но наблюдалась тенденция к ухудшению. Уровень антител к пероксидазе остался высоким без статистически значимых изменений. Тиреоидэктомия у больных ТХ с гипотиреозом, местной и экстратиреоидной симптоматикой на фоне эутиреоза позволяет улучшить качество жизни.

Выводы. Хирургическое лечение больных ТХ позволяет улучшить качество жизни. Уровень антител к тиреопероксидазе после тиреоидэктомии снижается до почти физиологически значимых показателей.

Ключевые слова: тиреоидит Хашимото, качество жизни, тиреоидэктомия.

SUMMARY

Surgical treatment of Hashimoto's thyroiditis. Indication and evaluation of results from a quality of life standpoint

**V. O. Shidlovsky¹, O. V. Shidlovsky¹,
M. I. Sheremet², V. V. Tverdokhlib¹**

¹I. Gorbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil

²Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Background. Patients with Hashimoto's thyroiditis have hypothyroidism, goiter, and extrathyroidal lesions. Replacement therapy with exogenous thyroxine is not effective in some cases. We studied the feasibility of surgical treatment, namely removal of the active site of autoimmune aggression.

Objective — to study the effect of thyroidectomy on the quality of life of patients with Hashimoto's thyroiditis with extrathyroidal manifestations.

Material and methods. 61 patients with Hashimoto's thyroiditis were examined. Among them 29 patients were treated with medications (control group) and 32 with surgery (main group). The duration of Hashimoto's thyroiditis before inclusion in the study ranged from 7 to 19 years (11.80 ± 0.53), and treatment with levothyroxine lasted from 2 to 8 years (4.20 ± 0.32). The mean age of patients, duration of disease and dose of levothyroxine replacement therapy in both groups did

not differ significantly. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire. TSH levels within euthyroidism were controlled and the level of thyroperoxidase (TPO) antibodies was determined.

Results. Two years after the surgical treatment, the studied quality of life indicators was improved significantly. The increase in individual indicators ranged from 34 (role-functioning, conditioned by emotional state) to 57 % (vital activity), and the overall health indicator increased by 52 %. The level of TPO antibodies decreased almost to normal. In the group of patients receiving drug treatment, overall quality of life indicators did not change significantly, but there was a tendency to worsen. The level of TPO antibodies remained high without significant changes. Thyroidectomy in patients with Hashimoto's thyroiditis with hypothyroidism, local and extrathyroid symptoms on the background of on-treatment laboratory euthyroidism can improve quality of life. Identification of the cause of improved quality of life and the role of decreased serum levels of TPO antibodies is one of the ways to reveal the pathogenetic mechanisms of extrathyroid complications of Hashimoto's thyroiditis.

Conclusions. Surgical treatment of patients with Hashimoto's thyroiditis improves quality of life. TPO antibodies after thyroidectomy are reduced to almost physiological levels.

Key words: Hashimoto's thyroiditis, quality of life, thyroidectomy.

Дата надходження до редакції 08.05.2020 р.