

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**А.А. Дымов^{1,2}, С.П. Шевченко^{1,2}, Л.Н. Балацкая³, В.А. Новиков³,
Е.В. Карпинская^{1,2}, Д.Н. Ровенских^{1,2}**

*Новосибирский государственный университет¹,
МБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск²,
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск³
630047, г. Новосибирск, ул. Залесского, 6; e-mail: alex.dim.2006@rambler.ru²*

Представлены результаты исследования качества жизни 120 пациентов, перенесших хирургическое лечение дифференцированного рака щитовидной железы. Больные разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия во время оперативного вмешательства диссекции центральной клетчатки шеи. Выявлено отсутствие снижения качества жизни после диссекции центральной клетчатки шеи по сравнению со стандартной экстрафасциальной тиреоидэктомией.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, диссекция центральной клетчатки шеи, качество жизни.

LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER CENTRAL LYMPHODISSECTION FOR DIFFERENTIATED THYROID CANCER

A.A. Dimov^{1,2}, S.P. Shevchenko^{1,2}, L.N. Balatskaya³, V.A. Novikov³, E.V. Karpinskaya^{1,2}, D.N. Rovenskih^{1,2}

Novosibirsk State University¹

City Clinical Hospital № 1, Novosibirsk²

Oncology Institute of RAMS, Tomsk³

6, Zaleskogo Street, 630047-Novosibirsk, alex.dim.2006@rambler.ru²

The present paper describes the study results of life quality of 120 patients who underwent surgical treatment for differentiated thyroid cancer. The patients were divided into 2 groups depending on the presence or absence of central lymphodissection after removal of the thyroid gland. As a result, the data revealed no worsening of life quality after central lymphodissection as compared to conventional extrafascial thyroidectomy.

Key words: thyroid cancer, dissection of central fat neck, the quality of life.

В течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ), что связано с неблагоприятными воздействиями окружающей среды: хроническим дефицитом йода, воздействием ионизирующей радиации и хроническими стрессами. Наиболее часто данной патологией страдают лица пожилого и среднего возраста. Но в последнее время увеличивается количество детей и лиц молодого возраста, болеющих РЩЖ [3].

Выбор объема операции при дифференцированном раке щитовидной железы является основным критерием для определения радикальности лечения. Особенно это имеет значение при отсутствии данных, подтверждающих за регионарное метастазирование. В этом случае многие авторы рекомендуют вместе со щитовидной железой удалять и центральную клетчатку шеи, которая, в первую очередь, поражается лимфогенными метастазами [5, 7]. Серьезным

препятствием для широкого внедрения данной хирургической методики в повседневную клиническую практику является возможность развития послеоперационных осложнений и, как следствие, снижение качества жизни (КЖ).

Понятие качества жизни включает ряд аспектов деятельности человека (социальный, профессиональный, семейный, творческий и т.д.), и для того, чтобы адекватно их исследовать, необходимо провести полный анализ физических, психологических, эмоциональных и социальных возможностей пациента. Качество жизни воспринимается человеком индивидуально и выражается в субъективной оценке собственных чувств, переживаний, независимо от объективных изменений состояния здоровья, которые оценивает врач. В современной международной практике результаты лечения оцениваются не только по уровню выживаемости, но и по показателям качества жизни. Оценка КЖ

проводится на определенном отрезке времени как меняющийся параметр, зависящий от метода комбинированного лечения, течения и прогноза заболевания [1, 2, 4].

Задача исследователя заключается в том, чтобы преобразовать качественные характеристики и личностные оценки в количественные эквиваленты и увидеть объективный результат проведенных лечебных и реабилитационных мероприятий. Во многом успешность исследования качества жизни зависит от того, насколько адекватна статистическая обработка результатов и, самое важное, сделаны правильный анализ и интерпретация полученных данных [6, 8].

Цель исследования – изучить качество жизни больных высококодифференцированным раком щитовидной железы в зависимости от объема оперативного вмешательства.

Материал и методы

В исследование включены 120 пациентов с дифференцированными формами рака щитовидной железы (папиллярный и фолликулярный), которые находились на стационарном лечении в онкологическом отделении городской клинической больницы г. Новосибирска и отделении опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск. Из них мужчин было 11, женщин – 109. Возраст пациентов варьировал от 18 до 72 лет. Наибольшее число больных было в возрасте от 36 до 65 лет – 64,16 %.

В соответствии с объемом проведенного лечения больные распределены на 2 клинические группы. В первой (основной) группе (n=90) пациентам была выполнена тиреоидэктомия с превентивной диссекцией центральной клетчатки шеи (VI уровень метастазирования). Пациентам второй (контрольной) группы (n=30) была выполнена классическая экстрафасциальная тиреоидэктомия без вмешательства на регионарном лимфатическом аппарате шеи.

Пациенты были распределены согласно классификации злокачественных опухолей на следующие группы: $T_1N_0M_0$ – 48 (40 %), $T_2N_0M_0$ – 53 (44,16 %), $T_3N_0M_0$ – 10 (8,3 %), $T_4N_0M_0$ – 9 (7,5 %) больных. Наибольшее количество пациентов было из первых двух когорт ($T_{1-2}N_0M_0$) – 101 пациент (92,16 %). По результатам гистологического исследования во всех

случаях выявлены высококодифференцированные формы: у 83 (69,16 %) пациентов – папиллярный рак, у 37 (30,84 %) – фолликулярный РЩЖ.

Изучение качества жизни пациентов проводилось в рамках международного протокола Европейской организации исследования и лечения рака (EORTS). Использован наиболее чувствительный при онкологических заболеваниях общий опросник EORTC QLQ-C30 (version 3.0) и специфический для больных опухолями головы и шеи QLQ-H&N35.

Сбор данных осуществлялся методом самостоятельного заполнения пациентами анкет-опросников, которым объяснялись цели и задачи исследования. Общий опросник EORTC QLQ-C30 (version 3.0) состоит из 5 функциональных шкал, 3 симптоматических шкал, QOL (общий статус здоровья) и 6 отдельных вопросов. Специфический опросник QLQ-H&N35 включает в себя 7 шкал, которые оценивают боль, глотание, ощущения (вкус и запах), речь, питание, социальные контакты, сексуальность и 11 отдельных вопросов. Все изменения в опросниках имеют диапазон от 0 до 100 баллов. По функциональным шкалам: более высокое количество баллов означает более высокий (лучший) уровень функционирования. По симптоматическим шкалам более высокое количество баллов указывает на высокий уровень симптомов и наличие проблем. Исследование качества жизни проводилось в пяти контрольных точках: 1) до начала лечения, после верификации диагноза, 2) на 5-е сут после операции, 3) через 3 мес после лечения, 4) через 6 мес после лечения, 5) через 12 мес после лечения.

Статистическая обработка данных анкетирования проводилась с помощью средних значений показателей и пакета программ «Statistika for Windows» версия 6.0. Достоверность различий высчитывалась по t критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Перед проведением запланированного лечения у всех больных в исследуемых группах показатели КЖ были примерно на одном уровне, достоверных отличий не выявлено. Уровень физического функционирования составил $87,2 \pm 8,6$ % – в основной и $89,1 \pm 8,8$ % баллов – в

контрольной группе. Через 5 сут после операции в обеих группах наблюдается снижение данного показателя до $81,9 \pm 8,1$ % – в основной группе и $76,2 \pm 8,4$ % – в контрольной. Через 3 и 6 мес при обследовании пациентов полученные результаты в основной и контрольной группах статистически сопоставимы, что свидетельствует об отсутствии влияния лимфодиссекции центральной клетчатки шеи на данный показатель. Через 12 мес этот показатель в основной группе составил $86,9 \pm 3,6$ %, в контрольной – $84,4 \pm 4,9$ %.

До операции показатель социального функционирования был следующим: в основной группе – $92,8 \pm 4,6$ %, а в контрольной – $90,8 \pm 5,2$ % баллов. В раннем послеоперационном периоде уровень исследуемого параметра был снижен в обеих группах: в основной группе $88,1 \pm 5,2$ %, в контрольной – $85,2 \pm 5,6$ %. Затем в последующих контрольных точках отмечается синхронное увеличение показателей в обеих группах. Через 12 мес после операции показатель социального функционирования в основной и контрольной группах находился на одном уровне: $93,0 \pm 4,5$ % и $92,2 \pm 5,6$ % баллов соответственно ($p < 0,05$), что позволяет сделать вывод об отсутствии влияния объема оперативного вмешательства на этот показатель КЖ.

При исследовании нарушения дыхательной функции до начала лечения определяется незначительное увеличение уровня данного симптома в основной группе – $5,6 \pm 4,3$ %, по сравнению с контрольной – $3,3 \pm 5,1$ %. Через 5 сут после операции данный показатель увеличился в обеих группах – до $19,0 \pm 5,0$ % и $16,7 \pm 4,7$ % баллов соответственно. Эта разница обусловлена большей операционной травмой у пациентов основной группы. В этом случае возникает выраженный отек в ложе щитовидной железы, приводящий к сдавлению возвратных нервов, развитию нейротрофических нарушений и, как следствие, транзиторному нарушению подвижности голосовых связок. Через 3 мес отмечено снижение уровня одышки у пациентов обеих групп. Это связано с исчезновением отека в зоне операции, разрешением пареза возвратных нервов и восстановлением подвижности голосовых связок. В основной группе уменьшение уровня исследуемого симптома снижается не-

значительно – до $17,2 \pm 5,0$ %. В контрольной группе уровень одышки ниже – $12,2 \pm 5,6$ %. Причем у пациентов данной группы и через 6 мес последний показатель сохраняется на прежнем уровне. У пациентов основной группы зарегистрирована выраженная положительная динамика: уровень одышки снижен до $14,5 \pm 4,4$ %. Тенденция к уменьшению одышки у пациентов обеих групп прослеживается и через 12 мес после лечения, причем показатели в обоих случаях практически идентичны: $9,7 \pm 5,0$ % и $10,0 \pm 4,8$ % соответственно ($p < 0,05$).

До начала лечения показатель нарушения голосовой функции составил: $8,1 \pm 2,7$ % – в основной и $10,6 \pm 2,6$ % баллов – в контрольной группе. На 5-е сут наибольшее значение ($24,4 \pm 6,5$ %) нарушения голосовой функции выявлено в группе с диссекцией центральной клетчатки шеи. В контрольной группе этот показатель составил $19,0 \pm 4,3$ %. Различие в полученных результатах объясняется большей операционной травмой у пациентов основной группы. К 3 мес после операции разница между показателями исследуемого симптома увеличилась за счет быстрого восстановления голосовой функции у пациентов контрольной группы – $8,3 \pm 6,2$ % по сравнению с пациентами основной группы – $15,1 \pm 5,9$ %. Это объясняется быстрым разрешением нейротрофических нарушений в области возвратных нервов у пациентов контрольной группы. Через 6 и 12 мес уровень нарушения голосовой функции у пациентов основной группы постепенно продолжал снижаться – $4,9 \pm 2,9$ % и $1,3 \pm 0,5$ % соответственно. У пациентов контрольной группы исследуемый показатель практически не менялся по результатам последующих анкетирований: через 6 мес – $8,2 \pm 1,9$ %, через 12 мес – $6,1 \pm 2,5$ %. Это связано с обязательным визуальным контролем возвратных нервов при лимфодиссекции центральной клетчатки шеи. С учетом этого вероятность анатомического повреждения данных нервов была минимальной. Вследствие проведенной лимфодиссекции развивались более грубые, чем при ее отсутствии, нейротрофические нарушения в области возвратных нервов, постепенно они разрешались, и голосовая функция восстанавливалась.

Общий статус здоровья перед проведением запланированного лечения составил: в основ-

ной группе – $95,6 \pm 4,1$ %, в контрольной – $97,8 \pm 2,3$ % баллов соответственно. Сразу после операции в основной группе статус здоровья был на уровне $87,3 \pm 8,7$ %, в группе контроля – $88,9 \pm 8,8$ % баллов. На этом этапе лечения уровень качества жизни в основной и контрольной группах статистически сопоставимо. Через 3 мес изучаемый показатель характеризовался началом расхождения показателей в двух группах. В основной группе с выполненной диссекцией центральной клетчатки шеи общий статус здоровья увеличился до $97,1 \pm 2,1$ %, в контрольной группе – до $98,2 \pm 1,5$ % баллов. В последующие периоды обследования этот показатель менялся незначительно. Через 6 мес в основной группе он составил $97,2 \pm 2,2$ %, в контрольной – $98,3 \pm 1,6$ %. К 12 мес – $97,4 \pm 2,5$ % и $98,3 \pm 1,3$ % соответственно. Общий статус здоровья складывается из способности к свободному функционированию в различных направлениях (социальном, физическом, ролевом, эмоциональном, познавательном). Причины, которые приводят к изменению этого показателя, связаны с изменениями в симптоматических и функциональных шкалах, и он меняется с ними параллельно.

Таким образом, объем хирургического вмешательства при дифференцированном РЩЖ имеет существенное влияние на качество жизни в раннем послеоперационном периоде. Нами выявлено увеличение показателей симптоматических шкал и снижение общего статуса во II контрольной точке (5-е сут после операции), что связано с операционной травмой, болевым синдромом, отеком в ложе щитовидной железы и, как следствие, нарушением фонации и транзиторной гипопаратиреоидной недостаточностью. Эти нарушения требуют проведения интенсивных лечебных мероприятий, что приводит к снижению общего статуса здоровья.

После исчезновения симптомов, характерных для операционной травмы, эти показатели достигают исходного уровня в контрольной и основной группах.

Однако выполнение диссекции центральной клетчатки шеи в целом не снижает уровень качества жизни и социальную адаптацию пациентов в различные сроки наблюдения. Функциональные и симптоматические показатели модулей EORTCQLQ–C30 и QLQ–H&N35 достоверно сопоставимы в сравнении с традиционной экстрафасциальной тиреоидэктомией. Показатели общего статуса здоровья до начала лечения в основной группе составили $97,8 \pm 2,3$ %, в контрольной – $95,6 \pm 4,1$ %, в раннем послеоперационном периоде – $88,9 \pm 8,8$ % и $87,3 \pm 8,7$ %, через 12 мес после лечения – $98,3 \pm 1,3$ % и $97,4 \pm 2,5$ % соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балацкая Л.Н., Чойнзонов Е.Л. Качество жизни онкологических больных как критерий оценки эффективности лечения и реабилитации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008. № 3. С. 36–39.
2. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных // Материалы IV Российской онкологической конференции. М., 2000. С. 42–47.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2008. Т. 19, № 2 (прил. 1). С. 52–90.
4. Дубский С.В., Куприянова И.Е., Чойнзонов Е.Л., Балацкая Л.Н. Психологическая реабилитация и оценка качества жизни больных раком щитовидной железы // Сибирский онкологический журнал. 2008. № 4. С. 17–21.
5. Дубский С.В., Чойнзонов Е.Л., Кицманюк З.Д. Операционные осложнения при лечении рака щитовидной железы // Современные технологии в онкологии: Материалы VI Всероссийского съезда онкологов. М., 2005. Т.1. С. 316.
6. Новик А.А., Ветшев П.С., А.А. Знаменский и др. Опросник оценки симптомов NJ NIS-TG для больных с патологией щитовидной железы // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. 2008. № 11–12. С. 142–143.
7. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000. 480 с.
8. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. 320 с.

Поступила 12.01.11