

УДК 616.44-006-089.168.1-03

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Меньков,

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Меньков Андрей Викторович – e-mail: avmenkov@gmail.com

Проведён сравнительный анализ качества жизни 212 пациентов (196 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 18 до 73 лет после оперативных вмешательств, предпринятых по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Оценку влияния хирургического лечения на качество жизни проводили на основе русской версии опросника SF-36 MOS. По результатам исследования средние значения показателей, характеризующих как физический, так и психический компоненты здоровья больных после операций с сохранением клинически значимого объёма тиреоидной ткани, достоверно превосходят аналогичные показатели пациентов, перенёсших тиреоидэктомию или субтотальную резекцию с сохранением менее 2 см³ ткани ЩЖ (p<0,05)

Ключевые слова: щитовидная железа, резекция щитовидной железы, тиреоидэктомия, качество жизни.

A comparative analysis of quality of life of 212 patients (196 women and 16 men) aged 18 to 73 years after surgical interventions undertaken for benign thyroid diseases. Assess the impact of surgical treatment on quality of life were based on the Russian version of the questionnaire SF-36 MOS. According to the survey - the mean values of parameters describing both physical and mental components of the health of patients after surgery with preservation of a clinically significant amount of thyroid tissue was significantly higher than those indices of patients after thyroidectomy or subtotal resection with preservation of less than 2 cm³ thyroid tissue (p<0,05).

Key words: thyroid gland, resection of the thyroid gland, thyroidectomy, hemithyroidectomy, quality of life.

Важным фактором, определяющим тактику лечения пациентов с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ), является качество жизни (КЖ). Этот показатель определяется не только функциональной коррекцией нарушений, обусловленных болезнью или оперативным вмешательством, но и степенью психологической и социальной адаптации пациентов [1, 2, 3, 4]. Изучение КЖ после операции в зависимости от объема удаляемой ткани ЩЖ позволяет достоверно определить преимущества того или иного способа вмешательства [5, 6, 7]. В то же время даже использование валидных методов анализа КЖ является недостаточным для создания всеобъемлющей картины, отражающей объективное состояние пациентов [8, 9, 10, 11]. Неоднозначность мнений, затрагивающих перечисленные выше вопросы, и послужили основанием для проведения настоящей работы.

Цель исследования: изучить качество жизни пациентов после различных по объёму оперативных вмешательств на щитовидной железе.

Материалы и методы

Основой работы послужило проспективное контролируемое исследование, в которое были включены 212 пациентов с доброкачественными заболеваниями ЩЖ, находившихся на лечении в хирургической клинике им. А.И. Кожевникова Нижегородской областной больницы за период с 2005 по 2009 г. Мужчин было 16 (7,5%), женщин – 196 (92,5%). Возраст больных варьировал от 18 до 73 лет, в среднем – $46,2 \pm 11,4$ года. Пациенты в зависимости от характера патологического процесса в ЩЖ были распределены на следующие исследуемые группы:

1. пациенты с узловым нетоксическим зобом ($n=93$),
2. пациенты с узловым токсическим зобом ($n=41$),
3. пациенты с диффузным токсическим зобом ($n=78$).

Критерии включения пациентов в исследование:

- информированное согласие пациента на участие в исследовании,
- возможность обратной связи с пациентом.

В каждой из этих групп проведён сравнительный анализ КЖ пациентов после оперативных вмешательств с сохранением клинически значимого объёма ткани ЩЖ и больных, перенёвших тиреоидэктомию или субтотальную резекцию ЩЖ с сохранением менее 2 см^3 тиреоидной ткани. С этой целью в каждой из групп выделены две подгруппы больных, сопоставимых по возрасту, полу, сопутствующей патологии.

При изучении результатов хирургического лечения мы использовали практику периодических осмотров пациентов. Для оценки структуры и динамики изменений объёма сохранённой ткани ЩЖ проводили ультразвукографию (УСС) передней поверхности шеи через 6 месяцев и через год после операции. Исследование ЩЖ выполнялось на ультразвуковом сканере «Aloka SSD 3000» с помощью линейного датчика с частотой 7,5 МГц. На основании исследования тиреоидного статуса определяли эффективность заместительной терапии. Определение уровня гормонов ЩЖ проводилось методом электрохемилюминесценции на автоматическом анализаторе «Elesys 1010» с использованием реактивов «Roche» (Швейцария).

Оценку влияния хирургического лечения на КЖ пациентов проводили на основе русской версии опросника SF-36 MOS (Medical Outcomes Study-Short Form) [12]. Опросник

включал в себя 36 вопросов о физических, физиологических и социальных сферах жизни с формированием 8 шкал: физического функционирования, ролевого физического функционирования, боли, общего здоровья, жизнеспособности, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья. Эти показатели более всего подвергаются влиянию заболевания и лечения [12]. Значение каждой шкалы выражалось в нормированных баллах и колебалось в диапазоне от 0 до 100, где 0 – наихудшее, а 100 – наилучшее КЖ.

Материалы исследования подвергнуты статистической обработке с помощью пакетов статистических программ Excel 2003, STATISTICA 6.0 (Stat-Soft, 2001). Характер распределения определялся при помощи критериев Шапиро – Уилкса и Колмогорова – Смирнова. Параметрические данные в тексте и в таблицах представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение показателей, при n – кол-во пациентов в каждой группе, σ – стандартное отклонение, при условии нормального распределения значений показателей. Непараметрические данные описывались в виде медианы, верхнего квартиля (25 процентиль) и нижнего квартиля (75 процентиль) в формате $Me [25; 75]$. При нормальном распределении переменных для определения различий между группами использовался парный и непарный t -критерий Стьюдента, а при распределении отличном от нормального применялся непараметрический критерий Манна – Уитни (критерий U). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

1. Исследование КЖ пациентов с узловым нетоксическим зобом (УНЗ)

Первая подгруппа – 44 пациента после тиреоидэктомии или субтотальной резекции с сохранением менее 2 см^3 ткани ЩЖ. У одного больного в этой подгруппе послеоперационный период осложнился парезом гортани и у одного отмечен транзиторный гипопаратиреоз. Гипотиреоз, развившийся у всех больных этой подгруппы, компенсирован назначением левотироксина натрия в дозе $1,5 \pm 0,3$ мкг/кг в сутки. Рецидивов заболевания в этой подгруппе пациентов не зарегистрировано.

Вторая подгруппа – 49 пациентов, которые перенесли резекцию ЩЖ с сохранением более 2 см^3 тиреоидной ткани. Послеоперационных осложнений в этой группе не было. Гипотиреоз выявлен у 24 пациентов. Средняя доза левотироксина натрия, потребовавшаяся для коррекции функциональных нарушений у них, оказалась достоверно ниже, чем у пациентов после тиреоидэктомии и субтотальной резекции ЩЖ с сохранением менее 2 см^3 тиреоидной ткани ($p=0,042$). По данным послеоперационной УСС у трёх пациентов обнаружены узлы размерами от 0,6 до 1,1 см ($0,8 \pm 0,3$ см). При проведении последующих УСС ни у кого из них не отмечено клинически значимого увеличения размеров имеющихся или появления новых узлов, требующих выполнения ТАПБ.

При исследовании КЖ у пациентов с УНЗ в обеих подгруппах оказалось, что средние значения показателей физического функционирования, ролевого физического функционирования, жизнеспособности, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья после операций с сохранением более 2 см^3 тиреоидной ткани достоверно превосходили аналогичные показатели у больных,

перенёсших тиреоидэктомию или субтотальную резекцию с сохранением менее 2 см³ ткани ЩЖ (Уфф=1051, рфф=0,005; Урфф=1062,5 ррфф=0,003; Ужс=1012,5 ржс=0,032; Урэф=1008,5 ррэф=0,039; Упз=1011,5 рпз=0,033) (рис. 1).

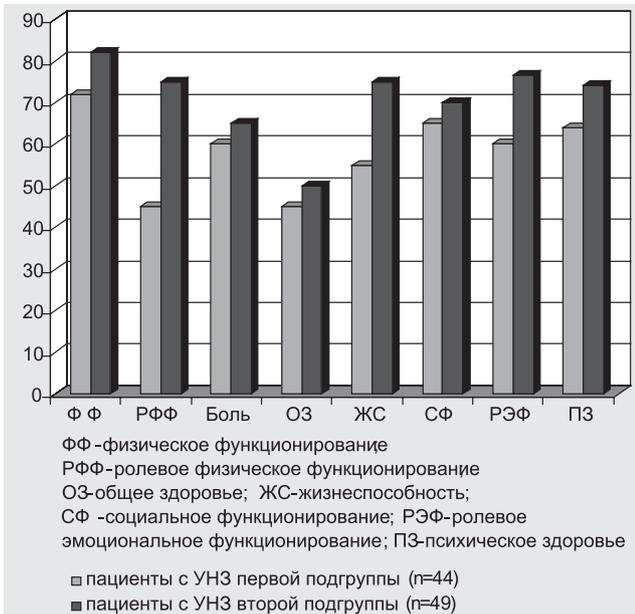


РИС. 1.
Сравнительная характеристика показателей качества жизни пациентов с узловым нетоксическим зобом первой и второй подгрупп.

II. Исследование КЖ пациентов с узловым токсическим зобом (УТЗ)

Первая подгруппа – 23 пациента после тиреоидэктомии или субтотальной резекции с сохранением менее 2 см³ ткани ЩЖ. У одного пациента послеоперационный период осложнился односторонним парезом гортани. Гипотиреоз, развившийся у всех больных этой подгруппы, компенсирован назначением левотироксина натрия в дозе 1,4±0,2 мкг/кг в сутки. Рецидивов заболевания в этой подгруппе пациентов не зарегистрировано.

Вторая подгруппа – 18 пациентов, которые перенесли резекцию ЩЖ с сохранением более 2 см³ тиреоидной ткани. Гипотиреоз выявлен у восьми больных, однако средняя доза левотироксина натрия, потребовавшаяся для коррекции функциональных нарушений у них, оказалась достоверно ниже, чем у пациентов после тиреоидэктомии и субтотальной резекции с сохранением менее 2 см³ ткани ЩЖ (p=0,046). Узловые образования в сохранённой ткани ЩЖ были выявлены у двух пациентов. Объём этих образований находился в интервале от 0,5 до 0,9 см³ (0,7±0,2 см³). При проведении последующих УСС ни у кого из них не отмечено клинически значимого увеличения размеров имеющихся или появления новых узлов, требующих выполнения ТАГБ.

При исследовании КЖ у пациентов с УТЗ в обеих подгруппах оказалось, что средние значения показателей физического функционирования, ролевого физического функционирования, жизнеспособности, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья после операций с сохранением более 2 см³ тиреоидной ткани достоверно превосходят аналогичные показатели больных, перенёсших тиреоидэктомию или субтотальную резекцию с сохра-

нением менее 2 см³ ткани ЩЖ (Уфф=852,5, рфф=0,005; Урфф=821,5, ррфф=0,013; Уоз=801,5, роз=0,044; Ужс=815,5, ржс=0,029; Усф=806,5, рсф=0,041; Урэф=809,5, ррэф=0,035; Упз=811, рпз=0,034) (рис. 2).

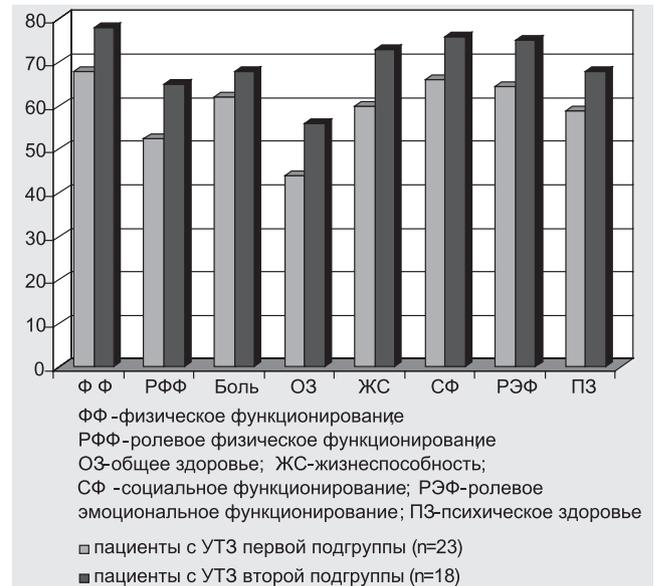


РИС. 2.
Сравнительная характеристика показателей качества жизни пациентов с узловым токсическим зобом первой и второй подгрупп.

III. Исследование КЖ пациентов с диффузным токсическим зобом (ДТЗ)

Первая подгруппа – 48 пациентов после тиреоидэктомии или субтотальной резекции с сохранением менее 2 см³ ткани ЩЖ. У трёх больных в этой подгруппе послеоперационный период осложнился парезом гортани, у 3 отмечен транзиторный гипопаратиреоз.

Гипотиреоз, развившийся у всех больных этой подгруппы, компенсирован назначением левотироксина натрия в дозе 1,5±0,3 мкг/кг в сутки. Рецидивов заболевания в этой подгруппе пациентов не зарегистрировано.

Вторая подгруппа – 30 пациентов, которые перенесли резекцию ЩЖ с сохранением более 2 см³ тиреоидной ткани. При обследовании пациентов этой подгруппы после операции рецидив заболевания выявлен у 1 пациента, у 14 сохранялся стойкий эутиреоз, у 15 больных развился гипотиреоз, что потребовало проведения заместительной терапии левотироксином натрия. Средняя доза препарата у них оказалась достоверно ниже, чем у пациентов первой подгруппы (p=0,043) и составила 0,9±0,2 мкг/кг в сутки.

При сравнении КЖ пациентов с ДТЗ в обеих подгруппах, оказалось, что средние значения показателей физического функционирования, ролевого физического функционирования, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья после операций с сохранением клинически значимого объёма тиреоидной ткани достоверно превосходят аналогичные показатели больных, перенёсших тиреоидэктомию или субтотальную резекцию с сохранением менее 2 см³ ткани ЩЖ (Уфф=1019,5, рфф=0,023; Урфф=1003,5 ррфф=0,048; Усф=1036,5 рсф=0,012; Урэф=1014,5 ррэф=0,031; Упз=1012 рпз=0,033) (рис. 3).

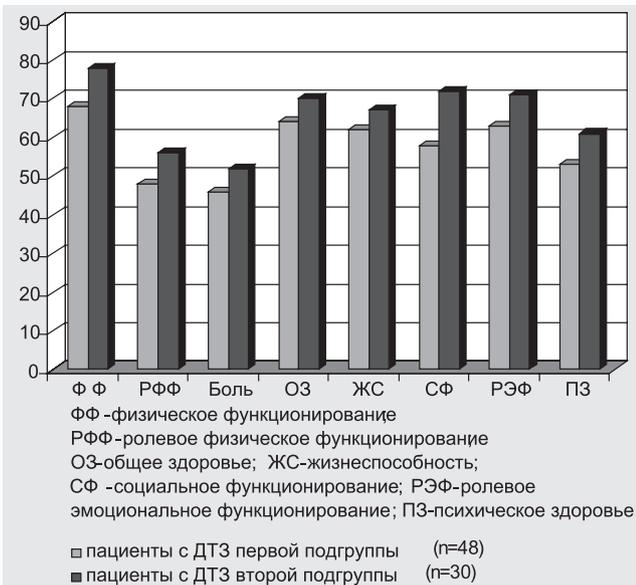


РИС. 3.
Сравнительная характеристика показателей качества жизни пациентов с диффузным токсическим зобом первой и второй подгрупп.

Заключение

При сравнительном анализе качества жизни пациентов после хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы средние значения показателей физического и психического компонентов здоровья после операций с сохранением клинически значимого объёма тиреоидной ткани достоверно превосходят аналогичные показатели пациентов, перенёсших тиреоидэктомию или субтотальную резекцию с сохранением менее 2 см³ ткани ЩЖ ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения // Хирургия. – 2000. - № 1. – С. 64 – 67.
2. Вон С.А., Ветшев П.С., Новик А.А. и др. Оценка качества жизни больных доброкачественными заболеваниями щитовидной железы, как критерий эффективности хирургического лечения // Вестн. Национального медико-хирургического центра. – 2009. – Т. 4, № 2. – С. 84 – 87.
3. Джулай Г.С. Качество жизни и отношение к болезни // Клиническая медицина. – 2002. - № 7. – С. 32 – 36.
4. Bianchi G.P., Zaccheroni V., Solaroli E. et al. Health-related quality of life in patients with thyroid disorders // Qual. Life Res. – 2004. – Vol. 13, N1. – P. 45 – 54.
5. Знаменский А.А., Ветшев П.С., Новик А.А. и др. Качество жизни больных – новый инструмент оценки эффективности современных подходов к хирургическому лечению больных доброкачественными заболеваниями щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XVIII Рос. симпозиума по хирургической эндокринологии. – Ижевск, 2009 – С.85 – 87.
6. Пиксин И.Н., Вилков А.В., Федосейкин И.В. и др. Оценка качества жизни и послеоперационной реабилитации больных с заболеваниями щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XVIII Рос. симп. по хирург. эндокринологии с межд. участием. – Ижевск, 2009. – С.179 – 183.
7. Резанцева Н.П., Жерлов Г.К., Карпович А.В. и др. Изучение качества жизни в послеоперационном периоде при узловых образованиях щитовидной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2005. - № 2. – С. 14 – 15.
8. McMillan C., Bradley C., Woodcock A. et al. Design of new questionnaires to measure quality of life and treatment satisfaction in hypothyroidism // Thyroid. – 2004. – Vol.14, N11. – P. 916 – 925.
9. Моргунова Т.Б., Мануйлова Ю.А., Мадиярова М.Ш. и соавт. Качество жизни пациентов с гипотиреозом // Клиническая и экспериментальная тиреология. – 2010. – Т. 6, № 2. – С. 62 – 67.
10. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: Учеб. пос./ Под ред. Ю.Л.Шевченко – М.:ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
11. Sivanandan R., Ng L.G., Khin L.W., Lim T.H. et al. Postoperative endocrine function in patients with surgically treated thyrotoxicosis // Head Neck. – 2004, Apr. – Vol.26, N.4. – P. 331 – 337.
12. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short form Health survey (SF-36): conceptual framework and item selection // Medical Care. – 1992. – Vol.30. – P. 473 – 483.