

Оценка качества жизни пациентов с первичным послеоперационным гипотиреозом, принимающих L-тироксин



ХРЫЩАНОВИЧ

Владимир Янович,
аспирант 2-й кафедры
хирургических болезней
БГМУ

Проведено исследование параметров качества жизни больных первичным послеоперационным гипотиреозом. Первичный гипотиреоз, как хроническое эндокринное заболевание, снижает качество жизни больных. Выявлено, что у пациентов после объемных операций на щитовидной железе (тотальная, субтотальная тиреоидэктомия) имеется значительное снижение показателей качества жизни (интегрального показателя, физической мобильности, социальной, сексуальной и познавательной функций). Выявлено значительное влияние уровня ТТГ крови на показатели качества жизни у больных первичным гипотиреозом. У 50% пациентов первичным гипотиреозом при приеме L-тироксина уровень ТТГ не достигал физиологических значений. Ключевые слова: первичный гипотиреоз, параметры качества жизни.

V.Ya.Khryshchanovich

The estimation of the quality of life parameters of patients with primary postoperative hypothyroidism in – dependence on L-thyroxine dosage

Quality of life parameters of patients with primary postoperative hypothyroidism were studied. Primary hypothyroidism, as a chronic endocrine disease, decrease quality of life parameters of patients. It was revealed the patients after major thyroid operations (total and subtotal thyroidectomy) demonstrated moderate decrease of indexes of quality of life (integral index, physical mobility, sexual, social and knowledge functions). It was revealed significant influence between TSH level and quality of life parameters of patients with primary hypothyroidism. An average 50% in – dependence on L-thyroxine dosage patients with primary hypothyroidism had abnormal TSH level. Key words: primary hypothyroidism, quality of life parameters.

В современной научной литературе все чаще встречаются публикации о качестве жизни пациентов с различной патологией. Качество жизни – это способность больного жить такой же полноценной жизнью, как его здоровые сверстники, находящиеся в аналогичных экономических, климатических и политических условиях. В это понятие входит также физическая, творческая, социальная, эмоциональная, сексуальная, политическая активность больного [2,3,6]. Показатели качества жизни позволяют медикам следить за ходом лечения и прогнозировать его исход, оценивать результат применения новых консервативных или хирургических методов, а также клиническую эффективность различных фармакологических препаратов. Применение понятия «качество жизни» обычно относят к хроническим заболеваниям. Именно к этой области относят многие эндокринные болезни. Изменения «качества жизни» не всегда

параллельны клиническому улучшению. Вместе с тем, именно качество жизни определяет успех лечения, прогноз заболевания и побуждает исследователей к разработке новых и усовершенствованию уже существующих методов лечения [1].

Первичный гипотиреоз (ПГТ) – заболевание, развивающееся вследствие патологического снижения функции щитовидной железы (ЩЖ). Выраженные формы ПГТ приводят к снижению трудоспособности и в значительном проценте случаев способствуют инвалидизации больных [4]. В литературе последних лет появилось много работ, посвященных проблеме качества жизни больных ПГТ: Saravanan P. и соавт., 2002, Parle J. V. и соавт., 1993, Vanderpump M. и соавт., 1996 [7,8,9]. Вместе с тем в Республике Беларусь данное научное направление только развивается.

Материал и методы

В исследование было включено 118 пациентов, на протяжении как минимум 6 месяцев получающих заместительную терапию L-тироксина (L-T4) по поводу ПГТ. В группу сравнения вошли 25 здоровых лиц. Всем пациентам были высланы две анкеты NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life) и TSQ (Thyroid Symptoms Questionnaire). Изучение параметров качества жизни проводилось с помощью анкеты и экспресс - методики NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life), разработанной P.Y.Hugenholtz and R.A.M.Erdman в 1995 году [1]. На основании анкеты, заполняемой пациентом, оценивалось пять параметров качества жизни: физическая мобильность (ФМ), эмоциональное состояние сексуальная функция (ЭС/СФ), социальная функция (СоцФ), познавательная функция (ПФ). По сумме баллов анкеты вычислялся интегральный показатель (ИП) качества жизни. Более высокий балл соответствовал лучшему состоянию здоровья. Для облегчения восприятия полученные показатели переводили в проценты. Согласно методике NAIF

у человека с сохранными функциями, довольного всеми сторонами своей жизни интегральный показатель качества жизни равен 100% или приближается к этому уровню. Уровень показателей до 75% расценивается как незначительное снижение качества жизни, до 50% – как умеренное, до 25% – как значительное, менее 25% – как резко выраженное. Тиреоидологическая анкета (TSQ) содержала 23 вопроса и была направлена на выявление симптомов ПГТ и симптомов, связанных с приемом L-T4. Подсчет баллов проводили традиционным биомодальным методом (0 - нет и 1 - да).

Уровень тиротропина (ТТГ) определяли методом иммуноферментного анализа (фирма «Roche»). Ультразвуковое исследование ЩЖ выполнялось всем пациентам на аппарате Siemens omnia в реальном режиме времени с использованием линейных датчиков с частотой 7,5 МГц. Объем ЩЖ рассчитывался по формуле эллипсоида ($\frac{1}{6} \times A \times B \times C$, где А,В,С – размеры долей железы) и составил сумму объемов обеих долей.

Сравнение показателей качества жизни в двух группах проводилось с помощью критерия Стьюдента. Взаимосвязь параметров качества жизни, уровня ТТГ, остаточного объема ЩЖ и длительности приема L-T4 изучалась методом корреляционного анализа с помощью пакета прикладных программ «STASTICA 6.0».

Результаты и обсуждение

Анализируемая группа больных ПГТ (118 человек) включала 97 женщин (82,2%) и 21 мужчину (17,8%). Возраст обследуемых колебался от 18 до 69 лет. Группа сравнения включала 25 здоровых лиц: 10 женщин (40%) и 15 мужчин (60%) в возрасте от 21 до 60 лет.

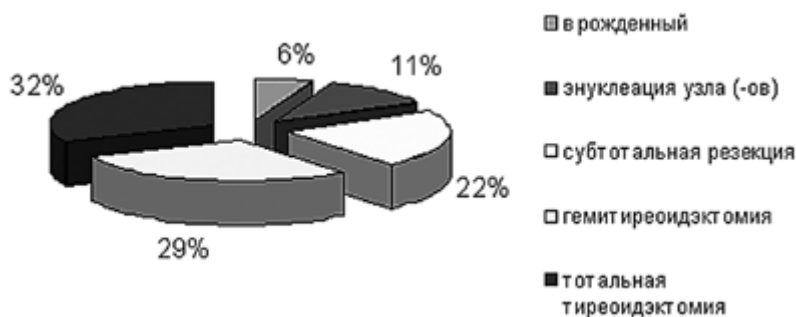


Рис.1. Состав больных по клиническим формам первичного гипотиреоза.

Состав больных по клиническим формам ПГТ представлен на рисунке 1. В структуре клинических форм анализируемой группы преобладали пациенты после тотальной и гемитиреоидэктомии (32% и 29% соответственно), 22% больных перенесли субтотальную резекцию щитовидной железы, 11% - энуклеацию узла (-ов), и у 6% первичный гипотиреоз носил врожденный характер. Длительность приема L-T4, остаточный объем ЩЖ и уровень ТТГ у пациентов с ПГТ представлены в таблице 1. Нормальное содержание ТТГ было отмечено у 59 пациентов (50%), высокий уровень ТТГ – у 47 (39,8%), супрессированный – у 12 (10,2%).

Таблица 1

Уровень ТТГ, объем щитовидной железы и длительность приема L-тироксина у пациентов с первичным гипотиреозом

Показатель	V, см ³ (% от нормы)	ТТГ, мЕ/л	Длительность приема L-T4, лет
Тотальная тиреоидэктомия	0	3,69 ± 0,9	10 ± 0,81
Субтотальная резекция	3,11 ± 0,49 (31,74 ± 5,02)	5,75 ± 2,4	8,02 ± 1,03
Гемитиреоидэктомия	4,80 ± 0,47 (44,66 ± 3,28)	2,79 ± 0,39	8,92 ± 0,81
Энуклеация узла (-ов)	7,36 ± 1,0 (74,19 ± 5,11)	4,33 ± 1,59	7,09 ± 0,85
Врожденный гипотиреоз	5,04 ± 1,62 (56,84 ± 11,77)	2,24 ± 0,7	24,14 ± 2,42

Из анализируемой группы пациентов ответы с заполненными 2-мя анкетами (NAIF и TSQ) прислали 83 человека (70,34%). Параметры качества жизни анализируемой группы больных были сопоставлены с аналогичными параметрами здоровых лиц группы сравнения. Данные представлены на рисунке 2.

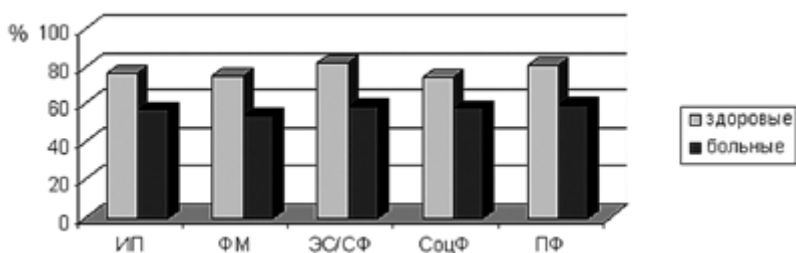


Рис.2. Показатели качества жизни больных первичным гипотиреозом и здоровых лиц.

Параметры физической мобильности, эмоционального состояния, сексуальной, социальной и познавательной функций анализируемой группы больных были снижены умеренно. Показатель физической мобильности составил 53,31 ± 3,31%, сексуальной функции и эмоционального состояния – 58,29 ± 3,38%, социальной – 57,91 ± 3,27%, познавательной – 59 ± 3,93%, что было достоверно ниже аналогичных показателей лиц группы сравнения (74,73 ± 4,3%; 82,37 ± 3,93%; 73,85 ± 4,14; 80,71 ± 3,61%); (p<0,05).

Интегральный показатель качества жизни анализируемой группы больных равнялся $57,14 \pm 3\%$, что оценивалось как умеренное снижение, и было достоверно ниже аналогичного показателя лиц группы сравнения ($76,55 \pm 3,09\%$; $p < 0,0001$).

Выявлены различия в показателях качества жизни при сопоставлении групп больных лиц по клиническим формам ПГТ. У пациентов с врожденным ПГТ, после гемитиреоидэктомии, энуклеации узла (-ов) ЩЖ параметры физической мобильности, социальной, познавательной, сексуальной функций и эмоционального состояния были снижены умеренно ($59,52 \pm 4,63\%$; $59,82 \pm 4,83\%$; $67,79 \pm 5,87\%$; $62,2 \pm 6,13\%$). Значительное снижение параметров качества жизни было отмечено у пациентов, перенесших тотальную тиреоидэктомию и субтотальную резекцию ЩЖ: физическая мобильность – $44,84 \pm 6,83\%$; сексуальная функция и эмоциональное состояние – $52,38 \pm 9,93\%$; социальная функция – $47,22 \pm 6,69\%$; познавательная – $51,15 \pm 11,33\%$ ($p < 0,05$). Интегральный показатель качества жизни пациентов после тотальной тиреоидэктомии и субтотальной резекции ЩЖ был значительно снижен и составил $49,1 \pm 7,88\%$. Он достоверно отличался от интегрального показателя качества жизни больных с врожденным ПГТ, после энуклеации узла (-ов) ЩЖ и гемитиреоидэктомии ($62,65 \pm 4,57\%$; $p < 0,05$) и лиц группы сравнения ($76,55 \pm 3,09\%$; $p < 0,0001$).

В анализируемой группе пациентов на фоне “адекватной” заместительной терапии L-T4 были выявлены следующие симптомы ПГТ: у 27,71% (23 пациента) – постоянная сонливость, у 50,5% (42) – утомляемость, у 32,53% (27) – запоры, у 33,73% (28) – отеки голеней и прибавка в весе, у 26,51% (22) – сухость кожных покровов; хроническое бесплодие и нарушение менструального цикла – у 4,82% и 14,46% соответственно. Снижение интеллектуальных возможностей было отмечено у 33,73% (28) пациентов, трудности в чтении и письме – у 19,28% (16), невозможность сосредоточиться на работе – у 28,92% (24). Наряду с симптомами гипотиреоза у некоторых пациенток анализируемой группы имели место явления передозировки L-T4: бессонница – 30,12% (25), боли в области сердца – 37,35% (31), внутреннее беспокойство – 43,37% (36), сердцебиения – 49,4% (41), повышенная потливость – 30,12% (25), тремор рук – 20,48% (25), частый жидкий стул – 12,05% (10). Диспептические расстройства, которые больные связывали с приемом L-тироксина, проявлялись в виде тошноты у 10,84% (9), изжоги и горечи во рту – у 36,14% (30), боли в правом подреберье – у 28,92% (24). Проявление побочного действия и аллергических реакций (покраснение лица, кожный зуд и сыпь, жжение в глазах, кашель, головная боль, повышение температуры тела) при приеме препарата L-T4 было отмечено у 20 пациентов (24,1%). Рекомендации лечащего врача по надлежащему приему L-T4 выполнялись пациентами в 100% случаев.

Выявлены определенные закономерности при проведении корреляционного анализа между параметрами качества жизни и уровнем ТТГ в крови больных ПГТ. С увеличением ТТГ выше нормы уменьшалась физическая мобильность, эмоциональное состояние, социальная и сексуальная функции у больных после субтотальной резекции ЩЖ и тотальной тиреоидэктомии. Между этими показателями получены достоверные коэффициенты корреляции ($p < 0,05$).

Выводы:

- ПГТ, как хроническое эндокринное заболевание, снижает качество жизни больных;
- у пациентов после объемных операций на ЩЖ (тотальная, субтотальная тиреоидэктомия) имеется значительное снижение показателей качества жизни;
- выявлено значительное влияние уровня ТТГ крови на показатели качества жизни

у больных ПГТ, в то же время не всегда удается достигнуть его физиологических значений с помощью терапии L-T4 (у 50% пациентов);

- результаты исследования параметров качества жизни больных ПГТ могут быть использованы для их целенаправленной медико-социальной реабилитации;

- обоснованной альтернативой в комплексном лечении ПГ может быть трансплантация культивированной тиреоидной ткани [5].

Литература

1. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: (Метод. рекомендации) / М-во здравоохран. Республики Беларусь; Сост.: А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина. - Мн. 2000. - 16 с.

2. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. - М.: Союзмединформ, 1992. - 65 с.

3. Сулаберидзе Е.В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной медицине // Российский медицинский журнал. - №6, 1996. - С.9-11.

4. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз (руководство для врачей). — М. «РКИ Северо пресс», 2002.

5. Хрыщанович В.Я., Третьяк С.И. Компенсация недостающей функции щитовидной железы методом ее пересадки // Сб. науч. ст. «Медико-социальная экспертиза и реабилитация» / Под ред. проф. В.Б.Смычка. - Мн., 2004. Вып. 6. - с. 290-293.

6. Elkinton Y. Medicine and the quality of life. *Annals. Int. Med.*, 1966, №64. - P 711-714.

7. Parle J.V., Franklyn J.A., Cross K.W., et al. // *Br J Gen Pract* — 1993 — Vol. 43 — P. 107 — 109.

8. Saravanan P., Chau W. F., Roberts N. et al. Psychological well-being in patients on adequate doses of L-thyroxine: results of a large, controlled community-based questionnaire study // *Clin. Endocrinology*. 2002. Vol. 57. P. 577–585.

9. Vanderpump M., Ahlquist J.A., Franklyn J.A., Clayton R.N. Consensus statement for good practice and audit measures in the management of hypothyroidism and hyperthyroidism. The Research Unit of the Royal College of Physicians of London, and the Society for Endocrinology // *British Medical Journal*. — 1996. — Vol. 313. — P. 539 — 544.