

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.В. Богомазова, О.А. Воронец

Республиканский научно-практический медицинский экспертизы и реабилитации

В последнее время все более актуальным является исследование качества жизни человека в медицинской науке. Наряду с медико-биологическими показателями, полученными в результате клинических и лабораторных исследований, важным моментом является субъективная оценка пациентом своего состояния здоровья, т. к. клинические исследования не в полной мере отражают самочувствие пациента и его функционирование в повседневной жизни.

Качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии [1].

Исследование качества жизни беременных с радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы до наступления беременности, а также качества жизни женщин с выявленным высокодифференцированным раком щитовидной железы во время беременности и прооперированных в послеродовом периоде является актуальной задачей, т. к. функционирование данных категорий женщин подвергается воздействию двух факторов: периода беременности и высокодифференцированного рака щитовидной железы в анамнезе.

Беременность является непростым периодом в жизни женщин, т. к. приводит не только к физиологическим изменениям, но и к изменениям социально-психологического характера, при этом на фоне нарушений вследствие радикального лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы и выявленного рака щитовидной железы во время беременности у женщин могут наблюдаться значительные нарушения. Данные, полученные в результате исследования качества жизни, позволят получить широкий спектр информации о физическом, психологическом, социальном состоянии и функционировании данных категорий женщин, а также определить необходимые мероприятия реабилитации.

Цель работы — изучение показателей качества жизни во время беременности у женщин с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы и женщин с выявленным высокодифференцированным раком щитовидной железы во время беременности.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели исследование проводилось в 4 группах: основная группа 1 — беременные с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы (n=37); основная группа 2 — беременные с выявленным высокодифференцированным раком щитовидной железы во время беременности (n=11); группа сравнения 1 — женщины репродуктивного возраста с выявленным и радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной (n=22); группа сравнения 2 — здоровые женщины во время беременности (n=35).

В ходе исследования качества жизни использовались следующие методики: экспресс-методика оценки качества жизни NAIF [2] и опросник SF-36 [1].

Опросник SF-36 включает 36 пунктов, которые сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 баллов представляет полное здоровье. Экспресс-методика NAIF содержит 24 вопроса, на которые человек должен выбрать одно из семи мнений. Полученные результаты переводятся в проценты. У человека с сохранными функциями интегральный показатель качества жизни равен 100%. Незначительное снижение качества жизни — до 75%, умеренное — до 50%, значительное — до 25%, резко выраженное — менее 25%. Интегральный показатель качества жизни имеет шесть составляющих: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальное состояние, познавательная функция, экономическое состояние.

Результаты и их обсуждение. У исследуемых групп на протяжении трех триместров беременности отмечается умеренное снижение интегрального показателя качества жизни. Отдельные показатели качества жизни снижены незначительно и умеренно. Однако у каждой из исследуемых групп отмечаются свои особенности динамики показателей качества жизни на протяжении беременности. Нами был проведен статистический анализ результатов с использованием U-критерия Манна–Уитни. По ряду показателей качества жизни представленных в методиках (жизненная активность, интенсивность боли, экономическое положение и др.) не были выявлены различия между группами, и рассмотрение данных показателей в статье не проводилось. Были выявлены достоверные различия по отдельным показателям качества жизни, представленным в таблице.

Таблица

Показатели качества жизни исследуемых групп

| Показатели качества жизни | Триместр | Группы | | | |
|---|----------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| | | Основная группа 1 | Основная группа 2 | Группа сравнения 1 | Группа сравнения 2 |
| Интегральный показатель качества жизни (NAIF) | I | 67%* | 68%* | 66% | 73% |
| | II | 68% | 69% | | 68% |
| | III | 65% | 70% | | 65% |

| Показатели качества жизни | Триместр | Группы | | | |
|-------------------------------------|----------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| | | Основная группа 1 | Основная группа 2 | Группа сравнения 1 | Группа сравнения 2 |
| Физическая мобильность (NAIF) | I | 65% * | 67% | 62% | 70% |
| | II | 63% | 67% | | 66% |
| | III | 57% | 64% | | 61% |
| Эмоциональное состояние (NAIF) | I | 68% | 58% * | 62% | 76% |
| | II | 77% | 70% | | 76% |
| | III | 70% | 78% | | 76% |
| Социальные функции (NAIF) | I | 62% | 66% | 68% | 66% |
| | II | 60%^^ | 58%^^ | | 63% |
| | III | 59% | 58% | | 59% |
| Познавательная функция (NAIF) | I | 70% * | 71% * | 67% | 78% |
| | II | 73% | 73% | | 71% |
| | III | 73% | 75% | | 70% |
| Физическое функционирование (SF-36) | I | 82 | 76 | 82 | 83 |
| | II | 80 | 76 | | 66 |
| | III | 62 ^ | 64 ^ | | 58 |
| Общее состояние здоровья (SF-36) | I | 65** | 61** | 60 | 73 |
| | II | 66 * | 72 | | 74 |
| | III | 64 * | 68 | | 74 |
| Психическое здоровье (SF-36) | I | 67 | 55 * | 66 | 70 |
| | II | 71 | 73 | | 74 |
| | III | 67 | 77 | | 73 |

Примечания:

- 1 — * $p < 0,05$ — различия между исследуемой группой и группой сравнения 2.
- 2 — ** $p < 0,01$ — различия между исследуемой группой и группой сравнения 2.
- 3 — ^ $p < 0,01$ — различия между исследуемой группой и группой сравнения 1.
- 4 — ^^ $p < 0,05$ — различия между исследуемой группой и группой сравнения 1.

Статистический анализ данных, полученных во время первого триместра беременности, позволил выявить достоверные различия по показателю общего состояния здоровья ($p < 0,01$), интегральному показателю качества жизни ($p < 0,05$) и по такому показателю, как познавательная функция ($p < 0,05$), между основными группами и группой сравнения 2. Также были выявлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) по показателю психического здоровья и эмоционального состояния между основной группой 2 и группой сравнения 2 и по показателю физической мобильности ($p < 0,05$) между основной группой 1 и группой сравнения 2.

В первом триместре беременности у беременных с высококодифференцированным раком щитовидной железы в анамнезе и женщин с выявленным во время беременности высококодифференцированным раком щитовидной железы интегральный показатель качества жизни ниже по сравнению со здоровыми беременными. Отдельные компоненты качества жизни у здоровых беременных также лучше по сравнению с основными группами. В частности, здоровые беременные во время первого триместра беременности имеют лучшее состояние здоровья, лучше осуществляют интеллектуальную деятельность, а также показывают лучшую физическую активность по сравнению с основными группами. Здоровые беременные в первом триместре беременности имеют хорошее настроение, положительный эмоциональный фон и ощущают себя лучше, комфортнее по сравнению с беременными с выявленным раком щитовидной железы во время беременности.

Во время второго триместра беременности отмечаются статистически значимые различия ($p < 0,05$) по показателю общего состояния здоровья между основной группой 1 и группой сравнения 2. Также значимые различия ($p < 0,05$) были обнаружены по показателю выполнения социальных функций между группой сравнения 1 и основными группами. Беременные с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высококодифференцированным раком щитовидной железы во время второго триместра беременности имеют более низкие показатели здоровья, чем здоровые беременные. Женщины репродуктивного возраста с высококодифференцированным раком щитовидной железы в анамнезе (небеременные) лучше исполняют свои социальные роли и являются более активными в социальном плане по сравнению с беременными с выявленным раком щитовидной железы во время беременности и беременными с высококодифференцированным раком щитовидной железы в анамнезе.

Что касается третьего триместра, то здесь статистически достоверные различия были обнаружены по показателю физического функционирования между основными группами и группой сравнения 1 ($p < 0,01$) и по такому показателю, как общее состояние здоровья между основной группой 1 и группой сравнения 2 ($p < 0,05$). Это говорит о том, что беременные с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высококодифференцированным раком щитовидной железы во время третьего триместра беременности имеют более низкие показатели здоровья, чем здоровые беременные. Женщины репродуктивного возраста с высоко-

дифференцированным раком щитовидной железы в анамнезе физически активнее беременных с высокодифференцированным раком щитовидной железы в анамнезе и женщин с выявленным во время беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы.

Выводы:

1. Беременные с выявленным и радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы и женщины с выявленным во время беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы имеют более низкие показатели качества жизни, характеризующие как психическое (эмоциональное состояние и психическое здоровье), так и физическое (физическая мобильность) функционирование по сравнению со здоровыми беременными.

2. Женщины с высокодифференцированным раком щитовидной железы в анамнезе (небеременные) имеют более высокие показатели качества жизни, характеризующие физическое функционирование, по сравнению с основными группами женщин в третьем триместре беременности и более высокие показатели социального функционирования.

3. Отмечены низкие показатели эмоционального состояния и психического здоровья у женщин с выявленным во время беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы в первом триместре.

Настоящее исследование находится на этапе сбора материала. Оценка наличия и особенностей психологических нарушений у данной категории женщин позволит разработать методы психологической коррекции для улучшения эмоционального благополучия и повышения стрессоустойчивости пациенток, как одного из мероприятий реабилитационного процесса.

QUALITY OF LIFE OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH HIGHLY DIFFERENTIATED THYROID CANCER

E.V. Bogomazova, O.V. Voronets

Quality of life in pregnant women with diagnosed and radically treated before pregnancy highly differentiated thyroid cancer in pregnant women diagnosed with thyroid cancer during pregnancy provides a wide range of information about the physical, mental and social functioning of these categories of women. The data obtained in this research will determine the necessary measures rehabilitation of women. Also, the results obtained can be used in medical practice.

Литература

1. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. — М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. — 320 с.

2. Аринчина, Н.Г. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / Н.Г. Аринчина, А.Л. Пушкарев. — Минск, 2000. — 25 с.