

ная активность, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и в целом общего состояния здоровья, причем у женщин наиболее снижены показатели ролевого функционирования и эмоционального функционирования. Наиболее высоким у женщин оказался показатель физической активности, что может быть связано с меньшей распространенностью у них вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем).

Частота клинически значимой тревоги в КГ была несколько ниже, чем в группе пациентов с ХВГС, однако показатели пациентов обеих исследуемых групп находятся в пределах низкого УТ. У пациентов с ЦП выявлен средний уровень тревоги.

У пациентов с ЦП был выявлен средний уровень суицидального риска, у пациентов с ХВГС — низкий, что подчеркивает важность медицинской и социальной реабилитации пациентов с ХВГС как профилактической меры, направленной на снижение частоты трансформации хронического гепатита в цирроз.

Проведенное исследование подтвердило важность своевременной диагностики и коррекции психоэмоциональных нарушений у пациентов с хроническими заболеваниями печени, а также необходимость изучения индивидуальных особенностей и психических отклонений, которые могут выступать в роли факторов, провоцирующих рискованное поведение у пациентов данной категории.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Хронический вирусный гепатит: прошлое, настоящее и будущее / В. В. Нечаев [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2013. — № 3. — С. 4–8.
2. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии: метод. рекомендации / сост. В. Л. Козловский, С. Ю. Масловский. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. — 22 с.
3. Мицура, В. М. Качество жизни пациентов с хронической HCV-инфекцией / В. М. Мицура // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 3. — С. 25–30.
4. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. — Минск: Беларусь, 2001. — С. 87–125.
5. Шкала самооценки тревоги Цунга [Электронный ресурс] / Энциклопедия психодиагностики PsyLab.info. — Режим доступа: http://psylab.info/Шкала_самооценки_тревоги_Цунга. — Дата доступа: 28.03.2017.
6. Bourat, L. Attempted suicide during treatment of chronic viral hepatitis C with interferon / L. Bourat, D. Larrey, H. Michel // Gastroenterol. Clin. Biol. — 1995. — № 19 (12). — P. 1063.
7. Ласый, Е. В. Оценка суицидального риска и профилактики суицидального поведения. Инструкция по применению (для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, психологов здравоохранения) / Е. В. Ласый, И. И. Хвостова. — Минск, 2009.
8. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders / M. Pompili [et al.] // Exp. Rev. Neurother. — 2009. — Vol. 9 (1). — P. 109–136.
9. Daigle, M. S. MMPI inmate profiles: suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls / M. S. Daigle // Behav. Scien. Law. — 2004. — Vol. 22 (6). — P. 833–842.
10. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994. — 8 p.
11. Бримкулов, Н. Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н. Н. Бримкулов, Н. Ю. Сенкевич, А. Д. Калиева // Центральноеазиатский медицинский журнал. — 1998. — № 4–5. — С. 236–241.
12. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. — 320 с.
13. Juhnke, G. E. SAD PERSONS scale review / G. E. Juhnke // Meas. Eval. Couns. Devel. — 1994. — Vol. 27. — P. 325–328.

Поступила 06.04.2017

УДК 616.441-089:616-036.82

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В. В. Похожай¹, А. В. Величко², З. А. Дундаров¹, С. Л. Зыблев¹

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель, Республика Беларусь

Целью исследования стал анализ качества жизни пациентов с первичным гиперпаратиреозом в до- и послеоперационном периодах. Исследовано 90 пациентов, которые в зависимости от типа паратиреоидэктомии были разделены на 3 группы. Опрос проводился с помощью краткого опросника качества жизни (SF-36) до операции и в позднем послеоперационном периоде. Полученные данные свидетельствуют, что показатели качества жизни в послеоперационном периоде повышаются во всех группах пациентов, однако наиболее высокие значения отмечают пациенты, прооперированные из мини-доступа.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, паратиреоидэктомия, мини-доступ, доступ по Кохеру.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTHYROIDISM IN THE LATE POSTOPERATIONAL PERIOD

V. V. Pokhozhai¹, A. V. Velichko², Z. A. Dundarov¹, S. L. Zyblev¹

¹Gomel State Medical University,

²Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel, Belarus

The aim of the study was to analyze life quality of patients with primary hyperparathyroidism in the pre- and postoperational periods. 90 patients were examined and they were divided into 3 groups depending on the type of parathyroidectomy. The survey was done by means of the short questionnaire of life quality (SF-36) before the sur-

gery and in the late postoperative period. The received data indicate that the parameters of life quality in the postoperative period increase in all the groups of the patients. However, the highest values were found in the patients who had undergone the mini-incision surgery.

Key words: primary hyperparathyroidism, parathyroidectomy, mini-incision, Kocher's incision.

Введение

Качество жизни, связанное со здоровьем, может рассматриваться как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Кроме того, качество жизни пациента является важным критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях. Оценка качества жизни – важный показатель, в том числе клинико-психологического статуса пациента до начала лечения, во время лечебного процесса и после его завершения [1].

Качество жизни — это субъективный показатель благополучия человека, отражающий его физическое и психическое здоровье, физическую работоспособность и социальную активность.

Исследование качества жизни позволяет точно описать и измерить те нарушения, которые происходят в процессе развития заболевания и реабилитации, особенно в случае такого тяжелого заболевания, как первичный гиперпаратиреоз [2].

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) — заболевание, развивающееся в результате первичного поражения паращитовидных желез (ПЩЖ). Изменения обусловлены развитием аденомы, гиперплазии или злокачественной малигнизацией, что приводит к гиперпродукции паратиреоидного гормона (ПТГ) и проявляется нарушением обмена кальция и фосфора, поражением костной ткани и (или) внутренних органов (в первую очередь почек и ЖКТ), эмоциональными и психическими нарушениями [3, 4, 5].

При костной форме заболевания наиболее часто пациенты с ПГПТ жалуются на боль, исходящую из костно-мышечной системы, боли при ходьбе, на изменение походки, повышенную утомляемость даже при повседневной работе. При висцеральной форме наиболее часто поражаются такие органы-мишени, как почки с развитием уролитиаза, желудок и двенадцатиперстная кишка с развитием язвенных изменений, поджелудочная железа с развитием хронического, а нередко и острого рецидивирующего панкреатита, желчный пузырь с развитием калькулезного холецистита. Наиболее тяжелые клинические проявления заболевания встречаются у пациентов со смешанной формой патологии [6, 7].

В настоящее время активно разрабатываются и внедряются малоинвазивные, менее травматичные методы оперативного вмешательства. Данные методики позволяют минимизировать операционный доступ, наличие и размеры по-

слеоперационных рубцов, ускорить время самой операции, сократить негативное воздействие наркоза на пациента [8]. Следовательно, можно ожидать позитивные изменения в физическом и психоэмоциональном состоянии пациентов.

Внедрение и практическое использование мини-доступа при паратиреоидэктомии, комбинация его с применением местной инфильтративной анестезии, а также влияние данного способа лечения на качество жизни пациентов в настоящее время изучены недостаточно.

Цель исследования

Провести сравнительный анализ качества жизни пациентов с первичным гиперпаратиреозом в дооперационном, и в позднем послеоперационном периодах в зависимости от вида выполненной операции.

Материал и методы исследования

В нашем исследовании оценивалось качество жизни пациентов с первичным гиперпаратиреозом. Вборку исследования составили 90 пациентов, с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении (трансплантации, реконструктивной и эндокринной хирургии) ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ») в период с 2013 по 2015 гг. Медиана возраста пациентов составила 57 [49; 63] лет. Мужчин было 11 (12 %), женщин — 79 (88 %).

По виду оперативного вмешательства в послеоперационном периоде пациенты были разделены на 3 группы:

1) пациенты, оперированные с использованием стандартного доступа по Кохеру, с применением эндотрахеальной анестезии ($n = 30$), среди них 1 (3,3 %) мужчина и 29 (96,7 %) женщин. Медиана возраста пациентов составила 55,5 [49; 63] года;

2) пациенты, оперированные с использованием мини-доступа, с применением эндотрахеальной анестезии ($n = 30$), среди них 4 (13,3 %) мужчины и 26 (86,7 %) женщин. Медиана возраста пациентов составила 59,5 [52; 66] года;

3) пациенты, оперированные с использованием мини-доступа, с применением местной инфильтративной анестезии раствором новокаина ($n = 30$), среди них 6 (20 %) мужчин и 24 (80 %) женщины. Медиана возраста пациентов составила 55,5 [49; 61] года.

Костная форма заболевания встречалась в 26 случаях, костно-висцеральная — в 15, мягкая — в 32, висцеральная — в 17.

Все респонденты были опрошены с помощью краткого опросника качества жизни (SF-36) до операции (за 2–4 дня) и в позднем послеоперационном периоде (9–14 месяцев с момента операции).

Опросник SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study, J. E. Ware, 1993) широко применяется как в популяционных, так и специальных исследованиях [9, 12]. Перевод на русский язык, апробация методики была проведена Институтом клиничко-фармакологических исследований (Санкт-Петербург). Опросник SF-36 был нормирован для общей популяции в США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп пациентов с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту) [10, 13]. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оценивались следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning — PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP), влияющим на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Интенсивность боли (Bodily pain — BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (General Health — GH) — оценка больным своего со-

стояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже бала по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность (Vitality — VT) — подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование (Social Functioning — SF) — определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или занятиям другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health — MH) — характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии [11].

По данным Kenneth Brito и соавторов [2], изменения, достигнутые паратиреоидэктомией, являются клинически значимыми при различии показателей качества жизни минимум на 5 баллов. Эта величина легла в основу интерпретации полученных данных.

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе мы оценивали качество жизни пациентов каждой из выделенных групп за 2–4 дня до операции и проводили сравнительный анализ полученных данных. На втором этапе мы сравнивали показатели качества жизни пациентов через 9–14 месяцев с момента операции. На третьем этапе мы проводили сравнительный анализ данных, полученных в каждой из выделенных групп до и после операции.

По результатам опроса была сформирована электронная база данных. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica», 8.0. Количественные параметры представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й (LQ) — нижний квартиль и 75-й (UQ) — верхний квартиль). Был использован непараметрический метод статистического исследования: критерий

Wilcoxon (для анализа различий двух зависимых групп по количественному признаку). Для сравнения более двух независимых групп по количественному признаку применялся Kruskal — Wallis test, для сравнения двух независимых групп по количественному признаку — Mann-Whitney U-test. Наличие связи между изучаемыми показателями проводили с использованием корреляционного анализа по методу Спирмена. Критический уровень значимости

нулевой статистической гипотезы принимали равным и менее 0,05.

Результаты и обсуждение

Результаты сравнительного анализа качества жизни пациентов каждой из выделенных групп за 2–4 дня до операции приведены в таблице 1. При проведении анализа различий с помощью метода Краскела-Уоллиса между тремя группами пациентов в дооперационном периоде статистически значимых различий выявлено не было.

Таблица 1 — Показатели качества жизни (SF-36) пациентов за 2–4 дня до операции (Me (25 %; 75 %))

Шкала КЖ	Группа 1 (n = 30)	Группа 2 (n = 30)	Группа 3 (n = 30)	H	p
General Health	49 [40; 60]	53,5 [44; 60]	53 [44; 62]	2,712	0,258
Physical Functioning	53 [42; 63]	59,5 [40; 66]	53 [45; 62]	0,493	0,781
Role-Physical	50 [40; 55]	50,5 [40; 62]	54,5 [42; 65]	0,696	0,706
Role-Emotional	63 [42; 67]	63,5 [56; 80]	62,5 [50; 72]	2,938	0,230
Social Functioning	50 [43; 55]	40,5 [30; 56]	45 [36; 54]	2,294	0,318
Bodily Pain	51 [36; 60]	46 [38; 61]	50 [40; 62]	0,857	0,652
Vitality	53 [40; 60]	56,5 [37; 67]	51 [38; 63]	0,415	0,813
Mental Health	52 [48; 56]	56 [43; 65]	48 [36; 65]	1,049	0,592
PH	40 [35; 42]	39 [34; 41]	39 [37; 43]	0,862	0,650
MH	38 [36; 41]	40 [36; 43]	39 [34; 43]	1,651	0,438

При проведении анализа различий в группах в зависимости от формы патологии были выявлены статистически значимые различия по показателю Social Functioning (H = 8,455; p = 0,037 Kruskal-Wallis test). При проведении парного теста, установлено, что различия по данной шкале имеются между костной и висцеральной формами заболевания (Mann-Whitney U-test, U = 122,0; Z = -2,477; p = 0,01), а также между мягкой и висцеральной формами (Mann-Whitney U-test, U = 174,0; Z = -2,048; p = 0,04). Различий между другими формами установлено не было (Mann-Whitney U-test, p > 0,05).

При исследовании показателей качества жизни в зависимости от истологической структуры измененной ПЩЖ были установлены статистически значимые различия между пока-

зателем Bodily Pain и аденомой, развивающейся из главных клеток (Mann-Whitney U-test, U = 549,5; Z = -2,365; p = 0,02). Других различий выявлено не было (p > 0,05).

При анализе корреляционных зависимостей показателей КЖ с уровнем дооперационного ПТГ, общего и ионизированного кальция сыворотки крови получены следующие закономерности: выявлена обратная связь слабой силы уровня общего кальция с показателями Bodily Pain и PH: rs = -0,249; p = 0,036 и rs = -0,247; p = 0,038 соответственно. Также выявлена обратная связь слабой силы между показателем Role-Emotional и ионизированным кальцием (rs = -0,249; p = 0,0245). Статистически значимых корреляционных связей уровня ПТГ сыворотки крови установлено не было ни с одним показателем КЖ (таблица 2).

Таблица 2 — Ранговые корреляции Спирмена данных КЖ и биохимических показателей сыворотки крови

Шкала КЖ	Ca		Ca ²⁺		Уровень ПТГ	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p
General Health	0,030644	0,799	-0,120400	0,284	0,007008	0,947
Physical Functioning	-0,105010	0,383	-0,055594	0,622	-0,026965	0,800
Role-Physical	-0,052286	0,664	-0,007846	0,944	-0,072114	0,499
Role-Emotional	0,097317	0,419	-0,249678	0,024*	-0,019886	0,852
Social Functioning	0,113164	0,347	-0,070453	0,531	-0,000190	0,998
Bodily Pain	-0,249137*	0,036	-0,100345	0,372	0,000235	0,998
Vitality	0,224036	0,060	0,101702	0,366	-0,067725	0,525
Mental Health	-0,028391	0,814	-0,031084	0,782	-0,084550	0,428
PH	-0,246767*	0,038	-0,073733	0,512	-0,020167	0,850
MH	0,187478	0,117	-0,076015	0,500	-0,067046	0,530

* — p < 0,05

На втором этапе исследования мы предложили пациентам оценить показатели качества жизни после операции.

Результаты сравнительного анализа качества жизни пациентов каждой из выделенных групп в период 9–12 месяцев после операции приведены в таблице 3.

При проведении анализа различий с помощью метода Краскела-Уоллиса между тремя группами пациентов в послеоперационном периоде, были выявлены статистически значимые различия по показателям: General Health, Role-Physical, Role-Emotional, а также PH (рисунок 1).

Таблица 3 — Показатели качества жизни (SF-36) пациентов в позднем послеоперационном периоде (Me (25 %; 75 %))

Шкала КЖ	Группа 1 (n = 30)	Группа 2 (n = 30)	Группа 3 (n = 30)	H	p
General Health	55 [48; 65]	66 [55; 72]	70 [62; 87]	17,528	0,0002
Physical Functioning	65 [45; 80]	70 [65; 86]	75 [70; 80]	4,155	0,1252
Role-Physical	53,5 [45; 62]	68 [50; 75]	75 [50; 75]	7,826	0,02
Role-Emotional	60 [42; 67]	78 [67; 100]	75 [67; 100]	17,081	0,0002
Social Functioning	52,5 [45; 67]	50 [43; 54]	50 [50; 63]	1,681	0,432
Bodily Pain	55 [45; 65]	62 [51; 75]	67 [41; 82]	4,066	0,131
Vitality	60 [35; 65]	65 [55; 75]	62,5 [55; 85]	4,272	0,118
Mental Health	62 [52; 72]	73,5 [56; 80]	68 [56; 72]	3,802	0,149
PH	43 [37; 45]	45 [41; 48]	47 [43; 50]	8,984	0,011
MH	42 [38; 44]	44 [40; 46]	41 [37; 48]	2,065	0,356

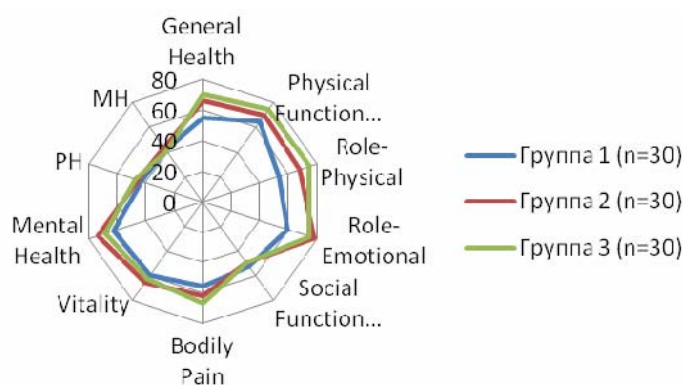


Рисунок 1 — Показатели качества жизни (SF-36) пациентов через 9–12 месяцев после операции

Наибольшее количество статистически значимых различий было установлено между группами в зависимости от вида хирургического доступа и применяемой анестезии. Так, использование у пациентов местной анестезии в послеоперационном периоде достоверно повышало такие показатели качества жизни, как: General Health (Mann-Whitney U-test, $U = 504,0$; $Z = -3,389$; $p = 0,000687$), Role-Physical Functioning (Mann-Whitney U-test, $U = 651,0$; $Z = -2,131$; $p = 0,033$), а также PH, который формируется на основании всех показателей опросника (Mann-Whitney U-test, $U = 628,0$; $Z = -3,328$; $p = 0,0199$). Таким образом видно, что применение местной анестезии влияет в большей степени на физическую составляющую качества жизни в послеоперационном периоде.

Применение мини-доступа, по сравнению со стандартным доступом по Кохеру достовер-

но влияло на следующие показатели качества жизни в позднем послеоперационном периоде: General Health (Mann-Whitney U-test, $U = 454,5$; $Z = -3,813$; $p = 0,000137$); Role-Physical Functioning (Mann-Whitney U-test, $U = 596,5$; $Z = -2,598$; $p = 0,00939$); Role-Emotional (Mann-Whitney U-test, $U = 429,0$; $Z = -4,031$; $p = 0,000056$); Bodily pain (Mann-Whitney U-test, $U = 665,0$; $Z = -2,011$; $p = 0,044$); Vitality (Mann-Whitney U-test, $U = 663,5$; $Z = -2,024$; $p = 0,043$), а также PH (Mann-Whitney U-test, $U = 573,0$; $Z = -2,799$; $p = 0,005129$).

В ходе третьего этапа исследования мы сравнили качество жизни пациентов каждой из выделенных групп в дооперационном периоде и через 9–12 месяцев после операции. В общей когорте исследования были выявлены статистически значимые различия по всем исследуемым шкалам (таблице 4).

Таблица 4 — Медианы значений качества жизни (SF-36) пациентов до и после паратиреоидэктомии

Шкала SF-36	До операции	После операции	Δ	T	Z	p
General Health	52 [42; 60]	65,0 [55; 75]	+13	421,0	6,395	0,000001
Physical Functioning	54,5 [42; 65]	71,0 [60; 80]	+16,5	403,0	6,395	0,000001
Role-Physical	50,5 [40; 63]	63,0 [50; 75]	+12,5	681,0	5,407	0,000001
Role-Emotional	62,5 [50; 72]	67,0 [67; 100]	+4,5	529,5	5,509	0,000001
Social Functioning	45,5 [36; 55]	50,0 [45; 63]	+4,5	658,5	4,924	0,000001
Bodily Pain	50,0 [38; 62]	61,0 [45; 73]	+11	577,5	5,292	0,000001
Vitality	53,5 [37; 61]	60,0 [50; 75]	+6,5	977,0	3,847	0,000119
Mental Health	52,0 [43; 64]	68,0 [56; 76]	+16	487,0	5,874	0,000001
PH	39,2 [35; 42]	44,6 [40; 48]	+5,4	519,0	6,150	0,000001
MH	38,4 [36; 43]	42,4 [38; 46]	+4	604,0	5,808	0,000001

Наибольшие различия отмечались по показателям Physical Functioning, Role-Physical, Mental Health и Bodily Pain. Данные шкалы характеризуют как физическое, так и психическое благополучие респондентов. Вместе с тем наименьшие показатели (+5,4 и +4) оказались при сравнении доменов PH и MH соответственно, которые характеризуют общее состояние физического и эмоционального здоровья.

В группе 1 выявлены статистически значимые различия в до- и послеоперационном периоде по шкалам опросника: General Health (Wilcoxon Matched Pairs Test, T = 91,5; Z = 2,725; p = 0,006),

Physical Functioning (Wilcoxon Matched Pairs Test, T = 111,5; Z = 2,489; p = 0,0128), Mental Health (Wilcoxon Matched Pairs Test, T = 64,5; Z = 3,154; p = 0,00161) и MH (Wilcoxon Matched Pairs Test, T = 112,0; Z = 2,478; p = 0,0132) (рисунок 2).

В группе 2 значительное улучшение качества жизни наблюдалось по доменам Role-Physical (+17,5), Bodily Pain (+16,0) и Mental Health (+17,5); умеренные — General Health (+12,5), Physical Functioning (+10,5) и Role-Emotional (+14,5); незначительные — Social Functioning (+9,5) и Vitality (+8,5) (рисунок 3).

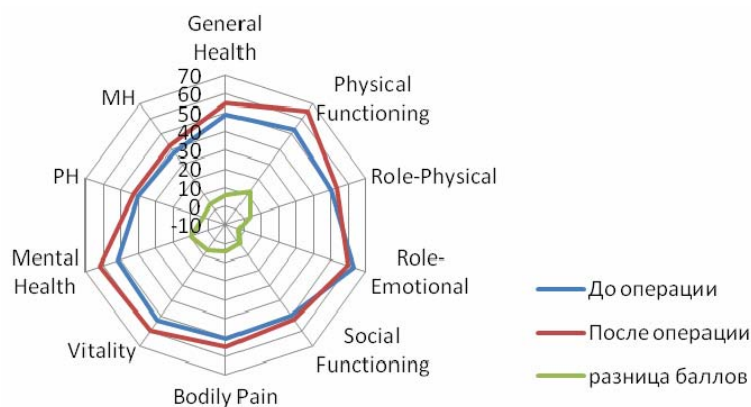


Рисунок 2 — Изменение качества жизни пациентов группы 1 после паратиреоидэктомии

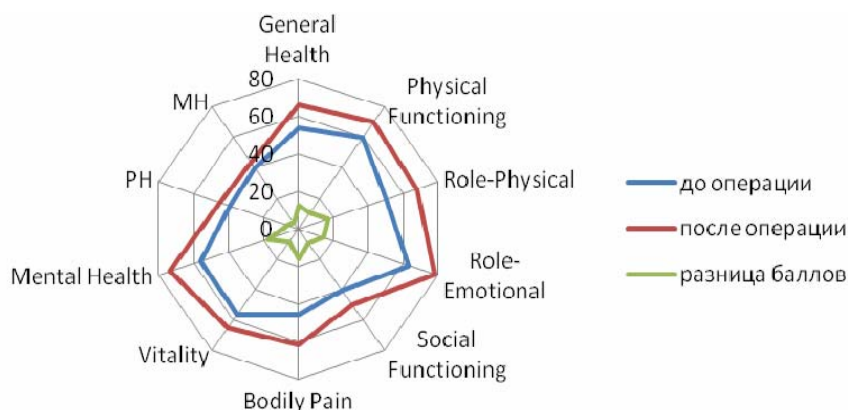


Рисунок 3 — Изменение качества жизни пациентов группы 2 после паратиреоидэктомии

В группе 3 значительные изменения наблюдали по следующим показателям КЖ: General Health (+17), Bodily Pain (+17), Physical Functioning (+22), Role-Physical (+20,5) и Mental

Health (+20); умеренные — по доменам Role-Emotional (+12,5) и Vitality (+11,5). Незначительные изменения наблюдали по графе Social Functioning (+5) (рисунок 4).

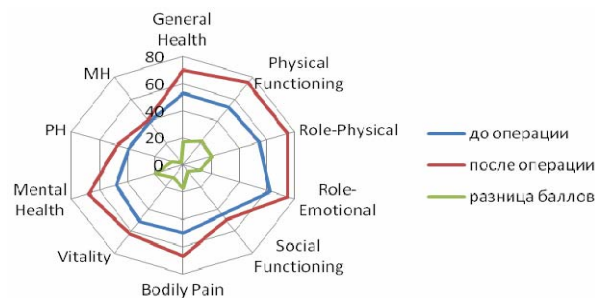


Рисунок 4 - Изменение качества жизни пациентов группы 4 после паратиреоидэктомии

Заключение

1. Выполнение паратиреоидэктомии статистически и клинически значительно улучшает качество жизни пациентов с ПГПТ ($p < 0,00001$) вне зависимости от используемого доступа и вида анестезии.

2. Установлено клинически значимое увеличение показателей качества жизни пациентов в исследуемых группах в послеоперационном периоде по всем доменам SF – 36, кроме показателей Role-Emotional и Role-Physical в группе 1.

3. Использование мини-доступа при ПТЭ достоверно увеличивает показатели качества жизни General Health ($p = 0,000137$), Role-Functioning ($p = 0,00939$), Role-Emotional ($p = 0,000056$), Bodily pain ($p = 0,044$) и Vitality ($p = 0,043$) в позднем послеоперационном периоде, по сравнению с применением стандартного доступа по Кохеру.

4. Применение местной анестезии при паратиреоидэктомии в отличие от применения эндотрахеального наркоза статистически значительно улучшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде по доменам General Health ($p < 0,001$), Physical Functioning ($p < 0,05$) и PH ($p < 0,05$).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — 2-е изд. — М.: ОЛМАПРЕСС, 2007. — 313 с.
2. Kenneth, B. The extent of improvement of health-related quality of life as assessed by the SF36 and Paiseika scales after para-

thyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism / B. Kenneth, E. Senarath, D. Guy. — 2015. — 245–249 pp. — (A systematic review and meta-analysis; № 13).

3. Эпидемиология первичного гиперпаратиреоза / И. И. Дедов [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2010. — № 5. — С. 3–7.

4. Wermers, R. Incidence of primary hyperparathyroidism in rochester, minnesota, 1993–2001: an update on the changing epidemiology of the disease / R. Wermers, S. Khosla, E. Atkinson // Journal of Bone and Mineral Research. — 2006. — Vol. 21. — P. 171–179.

5. Mihai, R. Parathyroid disease and calcium metabolism / R. Mihai, J. Farndon // British Journal of Anaesthesia. — 2000. — Vol. 85, № 1. — P. 29–43.

6. Marx, S. Hyperparathyroidism in hereditary Syndromes: special expressions and special managements / S. Marx, W. Simonds, S. Agarwal // Journal of Bone and Mineral Research. — 2002. — Vol. 17, № 2. — P. 37–43.

7. Jessica, R. Management of Primary Hyperparathyroidism. Thyroid and Parathyroid Diseases- New Insights into Some Old and Some New Issues / R. Jessica, A. Marlon. — Guerrero Department of Surgery; University of Arizona, Tucson, Arizona USA, 2012. — 203–220 p.

8. Sackett, W. Worldwide trends in the surgical treatment of primary hyperparathyroidism in the era of minimally invasive parathyroidectomy / W. Sackett, B. Barraclough, T. Reeve // J. Archives of Surgery. — 2002. — Vol. 137. — P. 1055–1059.

9. Sf-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide / J. E. Ware [et al.]. — Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000.

10. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller. — The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass, 1994.

11. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А. О. Недошивин [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2000. — Т. 1, № 4. — С. 56–58.

12. Ware, J. E. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection / J. E. Ware, C. Shubouene // Medical Care. — 1992. — Vol. 30, № 6. — P. 473–483.

13. Ware, J. E. SF-36 Health survey: Manual and interpretation guide / J. E. Ware. — Boston: The Health Institute, 1992.

Поступила 12.06.2017

УДК 616.24-002.5-055.2

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

С. В. Гопоняко¹, И. В. Буйневич¹, С. В. Бутько², В. Н. Бондаренко¹

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельская областная туберкулезная клиническая больница

Согласно данным ВОЗ, в регионах с неблагоприятной эпидемической ситуацией туберкулез часто ассоциирован с ВИЧ-инфекцией и является одной из самых частых причин смерти среди женщин репродуктивного возраста. В связи с распространением ВИЧ-инфекции в Гомельской области эпидемиология туберкулеза среди женщин репродуктивного возраста требует внимательного изучения.