

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ КАРЦИНОМОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Яковлева Милена Николаевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: milena-yakovleva@bk.ru

Ключевые слова: качество жизни; рак щитовидной железы; дети; подростки.

Введение. Рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет 1–3% злокачественных новообразований детского возраста. Агрессивное течение, отсутствие явных клинических проявлений и благоприятный прогноз при своевременной диагностике и лечении являются особенностью детского возраста. Исследования качества жизни (КЖ) у пациентов с дифференцированными формами рака щитовидной железы (ДРЩЖ) неоднозначны. Имеются данные о негативном влиянии заболевания на КЖ взрослых пациентов, исследования у детей единичны. Заболевание меняет образ жизни пациентов, окружение, снижает физические силы и эмоциональный тонус. КЖ пациентов, оперированных по поводу РЩЖ, связано с результатами проведенного лечения, послеоперационными осложнениями, гормональной терапией.

Цель исследования. Изучить КЖ детей с дифференцированной карциномой ЩЖ в связи с особенностями течения и лечения заболевания.

Материалы и методы. Обследовали 41 пациента с ДРЩЖ после хирургического лечения 1994–2012 гг. Длительность послеоперационного наблюдения составила 1–19 лет ($5,6 \pm 0,70$ лет). Анализировали результаты УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии узлов (ТПАБ), гистологического исследования, протоколы хирургического лечения и радиойодтерапии (РЙТ). КЖ определяли с помощью русскоязычной версии протокола SF-36. Статистический анализ результатов выполняли с помощью программы Statistica 7.0. Для оценки степени взаимосвязи между выборками использовали коэффициент корреляции Пирсона (r). Критерием статистической достоверности считали величину $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $14,4 \pm 0,46$ лет, соотношение мальчиков и девочек — 1:3,6. По результатам УЗИ ЩЖ, узлы с нечеткими контурами размерами более 2 см описаны у половины детей (в среднем $2,1 \pm 0,13$ см.). Солидный гипоехогенный узел выявлен у 31 (75,6%) пациентов. Метастазы в РЛУ выявлены у 31 (75,6%) пациента, чаще при ПРЩЖ, чем ФРЩЖ ($p < 0,05$); прогрессирование болезни с гематогенным распространением опухоли в легкие отмечено у 7 (17,1%) больных. По результатам ТПАБ папиллярная карцинома ЩЖ выявлена в 68,6% случаев, фолликулярная опухоль в 28,5%; цитологическая картина соответствовала доброкачественному узлу в 5,8% случаев. По результатам гистологического исследования папиллярный РЩЖ (ПРЩЖ) был диагностирован в 78% (32) случаев, фолликулярный РЩЖ (ФРЩЖ) — 22% (9). Хирургическое лечение проведено всем пациентам, 24 (58,5%) была выполнена тиреоидэктомия, 17 (41,5%) — гемитиреоидэктомия/лобэктомия. При наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы (РЛУ) дополнительно проведена лимфаденэктомия. Повторно оперировали 27 (63,4%) пациентов. РЙТ выполнили 19 (46,3%) пациентам. КЖ у пациентов с РЩЖ оказалось ниже, чем у их здоровых сверстников: $43,6 \pm 1,28$ и $50 \pm 1,58$ соответственно ($p < 0,05$). Дети с РЩЖ, отличались большей тревожностью, депрессивным настроением и сомнением в будущем, при этом отношение к боли, эмоциональность и потребность в общении были сходными у пациентов с РЩЖ и здоровых. Выявлена обратная связь слабой степени между КЖ (более ее физической составляющей) и продолжительностью болезни ($r = -0,4; p < 0,05$). Длительность заболевания снижала переносимость обычных нагрузок ($r = -0,5$) и неблагоприятно сказывалась на возможности выполнения повседневных дел ($r = -0,53$). У детей с инвазивным ростом опухоли и метастазами был более высокий уровень

тревожности ($p < 0,05$), чем у детей с «благоприятным» течением болезни. Пациенты после повторных операций оценивали свое состояние здоровья ниже и отмечали затруднения при выполнении физических нагрузок ($p < 0,05$). Не было выявлено связи КЖ с возрастом начала заболевания, полом, гистологической формой РЩЖ, а также РЙТ ($p > 0,05$).

Выводы. КЖ детей и подростков с РЩЖ достоверно ниже, чем у их здоровых сверстников. Отрицательное влияние на КЖ оказывают длительность и агрессивный характер заболевания, а так же повторные хирургические операции. Не выявлено связи КЖ с возрастом начала заболевания, полом, УЗ-характеристиками и гистологической формой опухоли, а также РЙТ.