ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Магистрант: Умарова Дилноза

Ташкентская медицинская академия, кафедра эндокринологии, Ташкент, Узбекистан

Введение

Тиреотоксикоз – патологическое состояние, вызванное повышенной продукцией тиреоидных гормонов щитовидной железой или их избыточным поступлением в организм. Это состояние сопровождается ускорением обменных процессов и поражением различных органов и систем, что значительно снижает качество жизни пациентов.

Наиболее частыми причинами тиреотоксикоза являются:

• Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса–Базедова) – аутоиммунное заболевание, при котором антитела стимулируют рецепторы тиреотропного гормона (ТТГ), вызывая гиперфункцию щитовидной железы.

• Токсическая аденома и многоузловой токсический зоб – автономные узловые образования, продуцирующие тиреоидные гормоны независимо от уровня ТТГ.

• Йод-индуцированный тиреотоксикоз – возникает при избыточном поступлении йода, например, после применения йодсодержащих препаратов.

Методы лечения тиреотоксикоза включают медикаментозную терапию, хирургическое вмешательство и радиойодтерапию. Однако каждый из них

оказывает разное влияние на состояние пациента, что требует оценки не только клинической эффективности, но и влияния на качество жизни.

Цель исследования

Оценить влияние медикаментозного и хирургического лечения тиреотоксикоза на качество жизни пациентов с учётом их физического и психоэмоционального состояния.

Материалы и методы

Дизайн исследования: проспективное сравнительное исследование.

Место проведения: Ташкентская медицинская академия, 2-я клиника, отделение эндокринологии.

Период исследования: 6 месяцев.

Критерии включения: пациенты с подтверждённым диагнозом тиреотоксикоза, в возрасте 40–60 лет.

Критерии исключения: пациенты с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, злокачественными опухолями щитовидной железы, беременные и кормящие женщины.

Группы исследования

Пациенты были разделены на две группы:

• Группа 1 (n=44): получали медикаментозную терапию (тиамазол 30–40 мг/сут или пропилтиоурацил 300–400 мг/сут с постепенным снижением дозы).

• Группа 2 (n=36): перенесли тиреоидэктомию (полное удаление щитовидной железы).

Методы оценки

• Гормональные показатели: уровень свободного Т3, Т4, ТТГ.

• Качество жизни: оценивалось с использованием стандартизированного опросника SF-36, включающего 8 шкал (физическое состояние, боль, жизнеспособность, психическое здоровье и др.).

• Уровень тревожности и депрессии: по шкале HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

• Побочные эффекты лечения: фиксировались на протяжении всего периода наблюдения.

Результаты исследования

Исходное состояние пациентов

До начала лечения пациенты обеих групп имели выраженные клинические симптомы тиреотоксикоза:

• Кардиологические проявления – тахикардия (85%), аритмии (30%), повышение артериального давления (40%).

• Неврологические и психоэмоциональные нарушения – раздражительность (78%), тревожность (65%), бессонница (60%), депрессия (50%).

• Метаболические изменения – потеря веса (72%), гипергидроз (67%), тремор рук (62%).

Изменения через 6 месяцев терапии

Гормональный статус

• В группе медикаментозного лечения уровень ТТГ нормализовался у 64% пациентов, но у 36% сохранялся субклинический тиреотоксикоз.

• В группе хирургического лечения тиреотоксикоз был полностью устранён, но у 20% пациентов развился гипотиреоз, требующий заместительной терапии L-тироксином.

Качество жизни по SF-36

• Физическое самочувствие улучшилось в обеих группах, но более выраженно в хирургической группе (с 45±7 до 78±6 баллов).

• Психоэмоциональное состояние улучшилось значительнее у пациентов после тиреоидэктомии (с 40±8 до 75±7 баллов).

• Жизненная активность в группе медикаментозной терапии оставалась несколько ниже (65±7 баллов против 80±6 в хирургической группе).

Уровень тревожности и депрессии (HADS)

• В начале лечения средний балл по шкале тревожности составлял 11,2±2,3, что соответствует выраженной тревожности. Через 6 месяцев:

• В группе медикаментозной терапии снизился до 7,1±2,0.

• В группе хирургического лечения – до 4,5±1,8 (ближе к норме).

• Уровень депрессии изначально был 9,5±2,1, через 6 месяцев:

• В группе медикаментозного лечения – 6,2±1,9.

• В хирургической группе – 3,9±1,7.

Обсуждение

• Медикаментозная терапия эффективна, но требует длительного наблюдения и контроля гормонального фона. У части пациентов сохраняются симптомы субклинического тиреотоксикоза, что негативно влияет на качество жизни.

• Хирургическое лечение даёт более выраженное улучшение состояния, но требует пожизненной заместительной терапии у пациентов с гипотиреозом.

• Психоэмоциональные нарушения регрессируют быстрее у пациентов после тиреоидэктомии, что объясняется устранением эндокринной дисфункции.

Заключение

1. Оба метода лечения улучшают качество жизни пациентов, но хирургическое вмешательство даёт более стабильные результаты.

2. Уровень тревожности и депрессии снижается быстрее у пациентов, перенёсших тиреоидэктомию.

3. Медикаментозное лечение остаётся эффективной альтернативой, но требует тщательного мониторинга и индивидуального подбора дозировки.

4. Выбор метода лечения должен учитывать не только клиническую картину, но и влияние на качество жизни пациентов.

Практические рекомендации

1. Пациентам с тиреотоксикозом рекомендуется комплексная оценка качества жизни перед выбором метода лечения.

2. При планировании тиреоидэктомии важно заранее учитывать возможное развитие гипотиреоза и необходимость пожизненной терапии L-тироксином.

3. Регулярный контроль гормонального фона обязателен при медикаментозной терапии во избежание рецидива заболевания.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, качество жизни, медикаментозная терапия, тиреоидэктомия, эндокринология.

Литература

1. Абдурахмонов Р.Х., Каримов Ш.Ю. Современные подходы к диагностике и лечению тиреотоксикоза // Эндокринология сегодня. – 2022. – Т. 10, № 3. – С. 45-52.

2. Воробьёва Л.И., Иванов С.В. Хирургическое лечение диффузного токсического зоба: клинические и прогностические аспекты // Российский журнал эндокринологии. – 2021. – Т. 27, № 2. – С. 89-97.

3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 512 с.

4. Корнеев Д.В., Савельев Л.П. Влияние тиреотоксикоза на качество жизни пациентов и их психоэмоциональное состояние // Клиническая медицина. – 2019. – Т. 97, № 5. – С. 20-26.

5. Рожинский В.А., Тюменцева А.О. Эффективность медикаментозного и хирургического лечения тиреотоксикоза у пациентов среднего возраста // Международный журнал эндокринологии. – 2023. – Т. 15, № 1. – С. 32-40.

6. Smith T.J., Hegedüs L. Graves' Disease. New England Journal of Medicine. – 2021. – Vol. 384, No. 16. – P. 1554-1565.

7. Ross D.S., Burch H.B., Cooper D.S. 2022 American Thyroid Association Guidelines for the Management of Hyperthyroidism // Thyroid. – 2022. – Vol. 32, No. 8. – P. 679-739.

8. Kahaly G.J., Bartalena L., Hegedüs L. Management of Graves' Hyperthyroidism: Evidence-Based Guidelines // The Lancet Diabetes & Endocrinology. – 2020. – Vol. 8, No. 7. – P. 595-611.