

---

Саливончик Е.И.,  
Гомельская областная клиническая больница, Гомель, Беларусь

# Хронический декомпенсированный тонзиллит\*: взгляд на тонзиллэктомию с позиции качества жизни

Поступила в редакцию 18.01.2012 г.

Контакты: Helensalivonchik@yahoo.com

---

## Резюме

Использование коагуляционной ТЭ позволяет повысить уровень КЖ у пациентов с ХДТ в послеоперационном периоде, о чем свидетельствуют статистически достоверно более высокие значения интегральных показателей психического ( $59,4 \pm 16,1$  против  $42,3 \pm 14,6$ ;  $74,1 \pm 11,4$  против  $62,6 \pm 7,2$  балла в основной и контрольной группах соответственно) и физического компонента здоровья по опроснику SF-36 ( $61,3 \pm 17,1$  против  $43,9 \pm 12,5$ ;  $73,6 \pm 11,9$  против  $62,3 \pm 7,2$  балла в основной и контрольной группах соответственно) по сравнению с классической ТЭ на 7-е и 30-е сутки наблюдения ( $p < 0,001$ ).

**Ключевые слова:** хронический декомпенсированный тонзиллит, качество жизни, коагуляционная и классическая тонзиллэктомия.

---

## ■ АКТУАЛЬНОСТЬ

Современной проблемой оториноларингологии является выбор адекватного метода лечения хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ). Известно, что единственно эффективным (радикальным) методом лечения ХДТ является тонзиллэктомия (ТЭ). Выбор методики хирургического лечения ХДТ за последние несколько десятилетий во всем мире стал более широким ввиду замещения классической ТЭ в современном представлении на альтернативные способы удаления небных миндалин (НМ). Одним из таких методов является коагуляционная ТЭ (КоТЭ) – метод экстракапсулярного удаления НМ при помощи биполярного пинцета электрохирургического высокочастотного аппарата [4].

---

\*Согласно клинической классификации.

На современном этапе особенно важным является вопрос определения эффективности ТЭ посредством анализа параметров КЖ как интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [2, 3, 5–7]. Исследование качества жизни (КЖ) является общепринятым в международной практике, высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп общества. Существенное снижение КЖ у пациентов с ХДТ при ТЭ свидетельствует о важности оценки данного показателя, но проводится редко, и изменения параметров КЖ при этом в литературе отражены недостаточно [1, 2, 3, 5]. Возникла необходимость детального анализа: как изменяется КЖ пациентов с ХДТ в послеоперационном периоде при ТЭ, оперированных различными методами, и остается ли классическая ТЭ актуальной на сегодняшний день как оптимальный метод хирургического вмешательства с точки зрения сохранения высокого уровня КЖ.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 7-летний период исследования (2005–2011 гг.) в лор-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с целью санации очага хронической инфекции при ХДТ выполнено 158 ТЭ. Пациенты случайным образом распределены в 2 группы. В 1-ю группу (основная,  $n=81$ ; 32 мужчины и 49 женщин, средний возраст –  $24,6 \pm 7,2$  года) вошли пациенты, которым ТЭ выполнена при помощи биполярного коагулятора в нашей модификации под ЭТН – КоТЭ [4]; во 2-ю группу вошли пациенты, которым выполнена классическая ТЭ (контрольная,  $n=77$ ; 25 мужчин и 52 женщины, средний возраст –  $26,7 \pm 9,8$  года) – сопоставимые по половозрастному признаку,  $p > 0,05$ . Ведение пациентов в послеоперационном периоде осуществлялось согласно протоколу лечения МЗ РБ. Обработка данных проводилась статистическим пакетом SPSS 11,5.

За время наблюдения пациенты обеих групп были трижды интервьюированы с использованием опросника SF-36, содержащего 8 концепций здоровья, которые наиболее часто измеряются в популяционных исследованиях и которые более всего подвержены влиянию заболевания и лечения: перед ТЭ, к 7-м суткам после операции, через 1 месяц после ТЭ. По шкалам опросника определялись физическая, психическая и социальная сферы жизнедеятельности человека.

Выделены контрольные параметры: определение физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), ролевого эмоционального функционирования (RE), жизненной активности (VT), психического здоровья (MH), социального функционирования (SF), интенсивности боли (BP), общего здоровья (GH), интегрального показателя физического компонента здоровья (IPH), интегрального показателя психологического компонента здоровья (IMH) [7].

Интегральные показатели КЖ (IPH и IMH) рассчитывались путем анализа (суммирования баллов) контрольных параметров, приведенных выше по существующим «ключам» данного опросника [7]. Цифровые результаты могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции) до 100 (максимальное здоровье).

Цель работы – оценить влияние метода выполнения ТЭ на КЖ пациентов с ХДТ.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для изучения параметров КЖ у пациентов с ХДТ при ТЭ с целью сопоставления исходных данных и возможности проведения дальнейшего их сравнения в динамике нами проанализированы результаты заполненных пациентами опросников SF-36, данные представлены в таблице 1.

Исходные параметры в основной и контрольной группах, согласно данным таблицы 1, статистически достоверно не различались,  $p > 0,05$ . Однако при анализе показателей КЖ у пациентов основной группы (А, КотЭ) через неделю после выполнения ТЭ отмечена положительная достоверная динамика показателей по всем изучаемым параметрам опросника SF-36 по сравнению с контрольной группой (В, классическая ТЭ),  $p < 0,01$ . Также более высокий уровень показателей КЖ у этих же пациентов зафиксирован и по истечению 4 недель наблюдения после оперативного вмешательства при отсутствии «отрицательной психологической памяти» о ТЭ, присущей для классической операции,  $p < 0,001$ . Наиболее наглядным служит сравнение уровня КЖ по интенсивности боли, испытываемой пациентом после ТЭ. Так, при сопоставлении исходных данных в основной группе (группа А,  $n=81$ ) показатель ВР до операции составил  $71,8 \pm 21,1$  балла, в контрольной группе (группа В,  $n=77$ ) –  $75,2 \pm 14,7$  балла,  $p > 0,05$ . Через неделю после выполнения КотЭ уровень ВР снизился в обеих группах: в группе А оказался  $54,5 \pm 22,1$ , а после выполнения классической ТЭ –  $29,4 \pm 18,1$  балла. Но при сравнении показателей обеих групп видно, что уровень ВР в основной группе выше, чем в контрольной, в 2 раза,  $p < 0,001$ , соответственно, интенсивность боли у

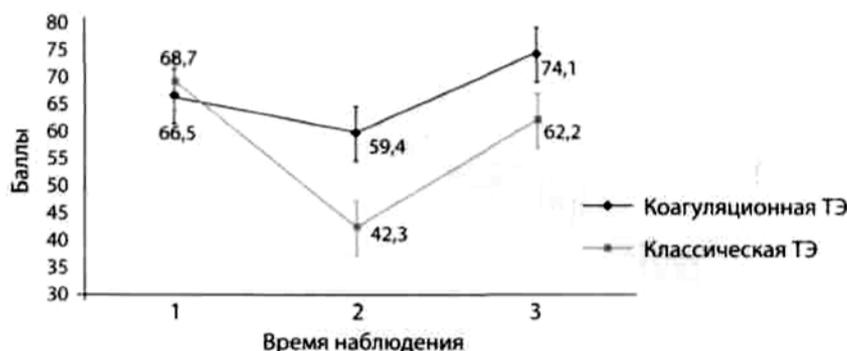
**Таблица 1**  
Динамика показателей опросника КЖ SF-36 у больных с ХДТ в течение 30-дневного наблюдения между основной (А,  $n=81$ ) и контрольной (В,  $n=77$ ) группами ( $M \pm \sigma$ )

Параметры	Исходно	1 неделя после ТЭ	4 недели после ТЭ
PF (A)	80,9±14,6	70,9±20,2 <sup>1</sup>	83,2±10,2 <sup>1</sup>
PF (B)	81,8±9,2	59,2±15,1	78,5±6,5
RP (A)	58,9±25,7	55,4±28,5 <sup>1</sup>	77,5±20,4 <sup>2</sup>
RP (B)	62,3±16,5	35,1±25,7	61,6±15,9
RE (A)	64,6±26,5	59,5±31,8 <sup>1</sup>	77,9±20,9 <sup>2</sup>
RE (B)	63,7±19,2	39,4±22,8	64,6±18,2
VT (A)	59,4±12,1	57,6±14,9 <sup>2</sup>	65,8±11,4 <sup>2</sup>
VT (B)	60,8±10,1	44,3±11,6	56,6±7,8
MH(A)	63,2±12,2	65,3±14,2 <sup>2</sup>	71,2±8,6 <sup>2</sup>
MH(B)	64,4±9,6	51,8±12,7	60,2±7,9
SF (A)	74,8±13,2	62,5±22,4 <sup>1</sup>	78,5±14,3 <sup>2</sup>
SF (B)	72,9±9,4	41,6±19,8	68,4±11,9
BP (A)	71,8±21,1	54,5±22,1 <sup>1</sup>	71,5±19,8 <sup>2</sup>
BP (B)	75,2±14,6	29,4±18,1	50,9±16,6
GH(A)	54,7±10,9	56,0±14,4 <sup>1</sup>	64,2±8,5 <sup>1</sup>
GH(B)	60,3±35,7	45,1±11,2	59,7±8,2

Примечания:

<sup>1</sup> – статистическая достоверность различий между группами,  $p < 0,01$ ;

<sup>2</sup> –  $p < 0,001$ .



**Рисунок 1**  
Динамика интегрального показателя психического компонента здоровья у больных с ХДТ до и после проведения тонзиллэктомии

этих пациентов в 2 раза меньше (по данным опросника SF-36 наличие 100 баллов свидетельствует о максимальном здоровье, т.е. чем выше уровень ВР, тем меньше боль). Более высоким этот показатель остался в данной группе и через 4 недели после проведенного хирургического лечения: в группе А –  $71,5 \pm 19,9$  балла, в группе В –  $50,9 \pm 16,6$  балла,  $p < 0,001$ . Таким образом, получена достоверная информация о позитивном влиянии выполнения КоТЭ на уровень КЖ по сравнению с классической ТЭ с позиции уменьшения интенсивности боли.

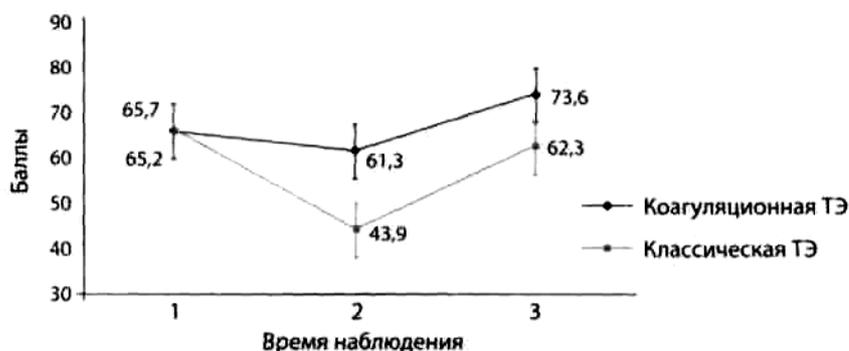
Далее опросник SF-36 позволяет объединить все полученные результаты в 2 суммарных показателя – интегральные показатели физического (IPH) и психического здоровья (IMN).

Полученные данные сгруппированы и представлены в виде интегральной характеристики психического компонента здоровья (IMN) пациентов с ХДТ в течение 4-недельного исследования, данные представлены на рисунке 1.

При сопоставимости исходных данных между исследуемыми группами ( $66,5 \pm 12,3$  балла – в основной группе,  $68,7 \pm 7,9$  – в контрольной группе,  $p > 0,05$ , рис. 1) к 7-му дню послеоперационного периода, несмотря на снижение значений показателя IMN в обеих группах, отмечен достоверно более высокий уровень КЖ в основной группе по сравнению с контрольной (значение IMN в группе КоТЭ –  $59,4 \pm 16,1$  балла,  $42,3 \pm 14,6$  балла в группе классической ТЭ,  $p = 0,001$ ). Таким же высоко достоверным оказалось преимущество у пациентов основной группы и по истечению 30-дневного срока наблюдения –  $74,1 \pm 11,4$  балла против  $62,6 \pm 7,2$  балла в контрольной группе,  $p = 0,001$ .

Таким образом, выбор хирургического пособия в пользу КоТЭ позволил достоверно улучшить показатель интегрального компонента психического здоровья у пациентов с ХДТ, по данным общего опросника SF-36, по сравнению с классической ТЭ.

Динамика изменений уровня интегрального показателя физического компонента здоровья IPH у пациентов с ХДТ при ТЭ в течение 30-дневного наблюдения представлена на рисунке 2.



**Рисунок 2**  
Динамика интегрального показателя физического компонента здоровья у больных с ХДТ до и после проведения тонзиллэктомии

При анализе динамики интегрального показателя физического компонента здоровья (IPH), представленного на рисунке 2, исходные данные не различались –  $65,2 \pm 13,2$  балла в основной группе против  $65,7 \pm 7,7$  балла в контрольной группе,  $p > 0,05$ . Через неделю после ТЭ данный показатель КЖ в группе КоТЭ составил  $61,3 \pm 17,1$  балла, к 30-дневному сроку наблюдения –  $73,6 \pm 11,9$  балла, что достоверно выше, чем значения аналогичного показателя в группе классической ТЭ –  $43,9 \pm 12,5$  балла и  $62,3 \pm 7,2$  балла соответственно,  $p = 0,001$ .

Таким образом, выбор хирургического пособия в пользу КоТЭ позволил достоверно улучшить и показатель интегрального компонента физического здоровья у пациентов с ХДТ, по данным общего опросника SF-36.

Использование общего популяционного опросника SF-36 еще раз подтверждает целостность психического, физического и социального компонентов в общем понимании термина здоровья. Не может быть физическое здоровье на высоком уровне при боли, депрессии, уменьшении социального статуса пациента в окружающей среде. Отдельным пунктом стоит высокая чувствительность опросника SF-36 при определении самочувствия пациента посредством определения интегрального показателя психического компонента здоровья (IMH).

Таким образом, можно сделать следующее заключение: выбор КоТЭ как метода оптимального хирургического пособия у пациентов с ХДТ достоверно приводит к более высокому уровню КЖ.

## ■ ВЫВОД

Использование коагуляционной ТЭ позволяет повысить уровень КЖ у пациентов с ХДТ в послеоперационном периоде, о чем свидетельствуют статистически достоверно более высокие значения интегральных показателей психического ( $59,4 \pm 16,1$  против  $42,3 \pm 14,6$ ;  $74,1 \pm 11,4$  против  $62,6 \pm 7,2$  балла в основной и контрольной группах соответственно) и физического компонентов здоровья по опроснику SF-36 ( $61,3 \pm 17,1$  против  $43,9 \pm 12,5$ ;  $73,6 \pm 11,9$  против  $62,3 \pm 7,2$  балла в основной и контрольной группах соответственно) по сравнению с классической ТЭ на 7-е и 30-е сутки наблюдения ( $p < 0,001$ ).

Resume

Salivonchik H.,  
Gomel Regional Hospital, Gomel, Belarus

## Chronic decompensated tonsillitis: a look at tonsillectomy from the perspective of quality of life

The use of the coagulation tonsillectomy allows to rise the level of QOL in patients with chronic decompensated tonsillitis in the postoperative period, as evidenced by statistically significant higher values of integral parameters of the mental ( $59,4 \pm 16,1$  against  $42,3 \pm 14,6$ ;  $74,1 \pm 11,4$  against  $62,6 \pm 7,2$  points in the test and control groups accordingly) and physical health components of SF-36 ( $61,3 \pm 17,1$  against  $43,9 \pm 12,5$ ;  $73,6 \pm 11,9$  against  $62,3 \pm 7,2$  points in the test and control groups accordingly) compared to classic tonsillectomy at 7 and 30 days of observation ( $p < 0,001$ ).

**Key words:** coagulation tonsillectomy, classic tonsillectomy, chronic tonsillitis, quality of life.

### ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Затолока, П.А. Влияние патологии лор-органов на качество жизни человека / П.А. Затолока // Медицинский журнал. – 2008. – № 4. – С. 28–30.
2. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик. – М.: Гэотар-Мед., 2004. – С. 12–13.
3. Румянцев, С.А. Энергокоррекция и качество жизни при хронической ишемии мозга / С.А. Румянцев. – М.: Мед. книга, 2007. – 60 с.
4. Саливончик, Е.И. Дифференцированный подход к выбору метода тонзилэктомии при хроническом декомпенсированном тонзиллите / Е.И. Саливончик // Оториноларингология в Беларуси. – 2011. – № 1. – С. 13–21.
5. Jenkinson, C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // Br. Med. J. – 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.
6. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization Soc. The WHOQOL Group / Sci. Med. – 1995. – Vol. 41. – P. 1403–1409.
7. Ware, J.E. The Moss 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection Medical Care 30(6) / J.E. Ware, C.D. Shubouene // B. M. J. – 1992. – P. 473–483.