

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**П.М. Староконь** – ГОУ ВПО Саратовский военно-медицинский институт Министерства обороны РФ, профессор кафедры военно-полевой хирургии, доктор медицинских наук; **М.К. Шашкина** – поликлиника Управления Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков России по Саратовской области, врач ультразвуковой диагностики; **О.А. Стецюк** – ГОУ ВПО Саратовский военно-медицинский институт Министерства обороны РФ, доцент кафедры военно-полевой хирургии, кандидат медицинских наук; **К.В. Чуфистов** – ММУ Больница скорой медицинской помощи, г. Энгельс, заведующий хирургическим отделением; **С.В. Мулендеев** – ГОУ ВПО Саратовский военно-медицинский институт Министерства обороны РФ, ординатор кафедры хирургии усовершенствования врачей. E-mail: oldhorse.pm@mail.ru

Проведены исследование качества жизни и анализ лечения пациентов со спаечной болезнью в поликлинике. Интегральный показатель «качество жизни» – один из основных критериев эффективного восстановительного лечения пациентов со спаечной болезнью. В программе участвовали 80 пациентов. Исследование проводили до, после лечения, через 6 и 12 месяцев. Лечение в условиях поликлиники состояло из комплекса физио-, бальнео- и пелоидо-процедур. После лечения выявлена положительная динамика исследуемых показателей. Так, показатель интенсивности боли после лечения имел положительную динамику на 51,5 %, а показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, – на 140 %.

**Ключевые слова:** качество жизни, спаечная болезнь, течение, ультразвуковое исследование.

## LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH PERITONEAL COMMISSURES OF ABDOMINAL CAVITY

**P.M. Starokon** – Saratov Military-Medical Institute of RF Ministry of Defense, Department of Field Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **M.K. Shashkina** – Polyclinic of Federal Control of Drugs Use in Saratov Region, Ultrasonic Diagnostics Physician; **O.A. Stetsuk** – Saratov Military-Medical Institute of RF Ministry of Defense, Department of Field Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **K.V. Chufistov** – Engels Hospital of Emergency Care, Head of Surgical Department; **S.V. Mulendeev** – Saratov Military-Medical Institute of RF Ministry of Defense, Department of Surgery of Advanced Training for Physicians, Attending Physician. E-mail: oldhorse.pm@mail.ru

Monitoring of life quality and peritoneal commissures in patients was made at the polyclinic. "Life Quality" integral index is one of the main indices of the most effective rehabilitation treatment of patients suffering from peritoneal commissures. 80 patients were involved in the program. Research was carried out before and after treatment, in 6-12 months. Treatment in conditions of a polyclinic consisted of complex of physio-, balneal- and peloido-procedures. So, positive dynamics of investigating index is revealed after treatment. Illness intensity index had positive dynamics by 51,5 % and role functioning index – by 140%.

**Key words:** life quality, peritoneal commissures, clinical course, ultrasonic diagnostics.

Одним из новых критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению, получившим развитие в последние годы, является качество жизни. Качество жизни – это интегральная характеристика физического, социально-психологического и эмоционального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [2].

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в поликлинике УФСКН России по Саратовской области, клинической базе кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинского института. Нами был проведен анализ лечения больных спаечной болезнью в поликлинике. Для оценки эффективности лечения всем пациентам проводилось этапное изучение качества жизни. Всего под наблюдением за период 2005- 2008 гг. находились 80 человек. Из них мужчин было 39, женщин – 41. Средний возраст наблюдаемых составил  $39,1 \pm 7,5$  года. Спаечная болезнь у пациентов отмечалась от 10 месяцев до 12 лет, в среднем –  $4,6 \pm 0,8$  года. Основными проявлениями спаечной болезни у наблюдаемых больных были: боли в животе постоянного или схваткообразного характера, связанные с приемом определенного вида пищи, физической и статической нагрузкой; дискомфорт в разных отделах живота; запоры; тревожные состояния, связанные с болезнью; астения; трудности, связанные с выполнением про-

фессиональных обязанностей. Причиной развития спаечной болезни у 68 % больных явились оперативные вмешательства на органах нижних этажей брюшной полости – аппендэктомии, гинекологические операции. Мониторинг клинического течения спаечной болезни проводился до начала лечения, после окончания лечебного курса, через 4 – 6 месяцев и спустя 1 год после проведенного лечения. Диагностическая программа включала сбор жалоб и анамнеза, осмотр специалистами (терапевт, гинеколог для женщин), общеклинические обследования, УЗИ брюшной полости, обзорную рентгенографию живота, контрастную энтерографию с барием.

Лечебная программа включала от 1 до 2 курсов физио-, бальнео-, пелоидолечения. В программу входило применение серных ванн (общий курс – 10-14 процедур), грязевых аппликаций на переднюю брюшную стенку – до 10 процедур, гальвано-грязелечение – 5-10 процедур (при спастическом характере абдоминальной боли), гидромассажа области живота – 10-14 процедур по разработанной схеме. Женщинам при отсутствии противопоказаний выполнялись грязевые вагинальные тампоны до 10 процедур. Через 10-12 месяцев у 32 пациентов проведен повторный курс лечения в поликлинике.

Для изучения качества жизни применялся универсальный опросник SF-36 [2]. Структура анкеты

позволяет проанализировать компоненты физического здоровья: состояние физического здоровья; ограничение повседневной деятельности из-за проблем физического здоровья; влияние боли на ежедневную активность; общее восприятие здоровья и компоненты психического здоровья: энергичность; слабость; ограничение в социальной активности; ограничение в повседневной активности из-за эмоциональных проблем; психическое здоровье. Для оперативного анализа результатов исследования разработана и применена компьютерная программа.

**Результаты исследования.** Качество жизни больных спаячной болезнью до лечения было стойко снижено по показателям как физического, так и психического здоровья. Такое снижение показателей зависело от длительности заболевания и частоты возникновений обострений. Низкий уровень качества жизни должен служить аргументом в пользу его многофакторного анализа. Такой анализ показал заметное отрицательное воздействие болевого синдрома практически на все стороны жизнедеятельности пациентов со спаячной болезнью. Полученные данные по оценке качества жизни у больных спаячной болезнью приведены в табл. 1.

При изучении динамики качества жизни прослеживается улучшение всех параметров исследования. Показатель «физическое функционирование» (PF) непосредственно после лечения увеличился с  $55,3 \pm 2,7$  до  $65,5 \pm 2,1$  баллов ( $p < 0,05$ ), что свидетельствовало о меньшей ограниченности физической активности, связанной с состоянием здоровья. Показатель «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP), увеличился с  $24,7 \pm 4,1$  до  $59,3 \pm 4,0$  бал. ( $p < 0,05$ ). Повседневная деятельность стала менее ограниченной из-за физического состояния пациентов. Изменились и улучшились такие показатели, как «интенсивность боли» (BP), – с  $41,2 \pm 2,5$  до  $62,4 \pm 2,0$  баллов ( $p < 0,05$ ); «жизненная активность» (VT) – с  $40,8 \pm 1,6$  до  $51,7 \pm 1,4$  балла ( $p < 0,05$ ); «социальное функционирование» (SF) – с  $46,6 \pm 2,3$  до  $65,1 \pm 1,9$  балла ( $p < 0,05$ ). У пациентов на фоне лечения повысился уровень общения. Показатель «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), увеличился с  $25,8 \pm 4,3$  до  $62,8 \pm 3,6$  балла ( $p < 0,05$ ). Улучшение эмоционального состояния повысило повседневную деятельность пациентов. Проведенные исследования качества жизни у пациентов со спаячной болезнью через 6 месяцев показали положительную динамику у 60 % больных. Так, показатель интенсивности боли, как наиболее информативный и значимый при спаячной болезни, составил  $54,3 \pm 2,6$  балла. Оставался на высоком уровне также показатель ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, –  $58,3 \pm 4,4$  балла. Через 1 год тенденция к положительной динамике сохранялась. Нами прослежена динамика качества жизни у пациентов со спаячной болезнью спустя 10 – 12 мес. после проведенного курса лечения в условиях поликлиники. Всего обследованы 70 больных. Тем не менее в этой группе обследованных спустя год после лечения имелись значительные различия. Так, в одной группе пациентов (32 наблюдения) спустя 10 – 12 мес. была выполнена повторная лечебная программа. Она не отличалась от программы лечения в начале нашего исследования. Вторая группа больных (38 пациентов), в силу определенных обстоятельств (чаще всего связанных

с профессиональной деятельностью), повторный курс лечения в условиях поликлиники не прошла. Полученные данные представлены в табл. 2.

Сравнительный анализ качества жизни двух групп пациентов показал следующие результаты. У пациентов, получивших повторный курс лечения, показатели качества жизни были выше. Физическое функционирование (PF) в этой группе составило  $71,3 \pm 3,8$  балла, тогда как в группе больных, не получивших повторного лечения, этот показатель составил  $49,7 \pm 2,6$  балла ( $p < 0,05$ ). Показатель «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP), в первой группе был достоверно выше по сравнению с показателем во второй группе, соответственно  $64,8 \pm 5,1$  и  $48,7 \pm 5,3$  балла ( $p < 0,05$ ). Несколько выше были показатели качества жизни в первой группе по таким параметрам, как жизненная активность (VT) –  $52,8 \pm 2,0$  балла и  $49,6 \pm 2,1$  балла ( $p < 0,05$ ); психическое здоровье (MH) –  $52,8 \pm 2,0$  и  $49,1 \pm 1,4$  балла ( $p < 0,05$ ); социальное функционирование (SF) –  $54,7 \pm 3,4$  и  $47,7 \pm 2,9$  балла ( $p < 0,05$ ). Остальные показатели качества жизни (GH, PH общий, MH общий) имели не столь значимую динамику по исследуемым группам. Но необходимо отметить, что такой важный показатель, как интенсивность боли (BP), был стабильно высоким в обеих группах больных: в первой группе –  $54,7 \pm 2,7$  балла; во второй группе –  $52,1 \pm 3,4$  балла. Эти результаты были достоверно выше показателя BP до начала лечения –  $41,2 \pm 2,5$  балла. Таким образом, проведя сравнительный анализ результатов исследования через 10 – 12 мес., можно утверждать, что качество жизни этих пациентов имеет положительную динамику по сравнению с данными до лечения. Однако в группе пациентов, которым проведен повторный курс лечения, показатели качества жизни наиболее высокие.

Положительная динамика качества жизни у больных со спаячным процессом брюшной полости на протяжении всего периода наблюдения и лечения в поликлинике была подтверждена объективными данными. У 78 пациентов (2 пациента выбыли в процессе лечения по обстоятельствам личного характера) отмечался положительный эффект после проведенного лечения – уменьшение болевого синдрома и дискомфорта в животе, улучшение самочувствия, повышение работоспособности. Изменился и характер болей: схваткообразные боли наблюдались у пациентов в 2 раза реже. Контрастная энтерография с барием после лечения показала положительную динамику у 27 % пациентов, что проявлялось в нормализации контраста по кишечнику, однако данное исследование не давало четкого представления о характере и динамике спаячного процесса. Наиболее информативным, по нашему мнению, является сонография брюшной полости с направленным изучением проблемных зон живота. Она позволяет контролировать клиническое течение спаячного процесса в динамике на фоне лечения. Кроме того, ультразвуковой мониторинг является информативным, доступным и малозатратным [1, 3]. Результаты ультразвукового исследования спаячного процесса брюшной полости до и после лечения представлены в табл. 3.

После лечения ультразвуковая картина у обследованных больных изменилась: расширенные петли кишки с жидким содержимым до лечения визуализировались у 64 пациентов, после лечения – у 41 пациента. Ультразвуковой мониторинг показал, что пос-

ле окончания курса лечения у 76 (97,5%) пациентов отмечены уменьшение диаметра кишки на фоне лечения, снижение объема секвестрированной в просвет кишечника жидкости, уменьшение толщины кишечной стенки в зоне спаек. У 64 (82%) пациентов было определено повышение смещаемости кишечных петель в области ранее регистрируемых фиксаций. Такие ультразвуковые признаки спаечного процесса, как визуализирующиеся конгломераты, состоящие из множества петель, а также фиксация стенки кишки к передней брюшной стенке мало изменились в ходе наблюдения. Проведенное исследование через 4-6 и 10-12 месяцев показало, что ультразвуковая картина течения спаечного процесса имела определенную положительную динамику. Так, у 65 (90,3%) больных через 4-6 месяцев улучшилась смещаемость петель кишки; через 10-12 месяцев положительная динамика отмечалась уже у 68 (97,1%) человек. Уменьшилось количество расширенных петель кишечника

с жидким содержимым: через 12 месяцев они наблюдались у 30 (42,9 %) пациентов. Положительная динамика отмечалась при ультразвуковом исследовании при проведении проб тракционной и с форсированным дыханием. Необходимо отметить, что за период наблюдения ни один из пациентов не поступил в стационар с признаками острой спаечной кишечной непроходимости.

Таким образом, изучение качества жизни помогает получать ценную динамичную информацию о течении спаечного процесса и эффективности проводимого лечения, влиянии лечебной программы на психическое и физическое здоровье, социальную активность больных. Проведение пациентам со спаечной болезнью рациональных курсов лечения позволяет улучшить их общее состояние, о чем свидетельствует положительная динамика интегрального показателя – качества жизни. Качество жизни – основа эффективной реабилитации пациентов со спаечной болезнью.

Таблица 1

**Показатели качества жизни больных спаечной болезнью по опроснику SF-36 в разные сроки наблюдения (M ± m)**

Показатели качества жизни	До лечения, n = 80	После лечения, n = 78	Через 6 мес., n = 72	Через 1 год, n = 70
PF – физическое функционирование	55,3±2,7	65,5±2,1	57,4±2,8*	59,6±2,6*
RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	24,7±4,1	59,3±4,0	56,9±4,7	56,1±3,8
BP – интенсивность боли	41,2±2,5	62,4±2,0	54,3±2,6	53,3±2,2
GH – общее состояние здоровья	45,7±1,3	50,4±0,9	43,2±1,3*	46,7±1,1*
VT – жизненная активность	40,8±1,6	51,7±1,4	43,0±1,4*	51,1±1,5
SF – социальное функционирование	46,6±2,3	65,1±1,9	53,0±2,6	50,9±2,2*
RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	25,8±4,3	62,8±3,6	58,3±4,4	55,2±4,0
MH – психическое здоровье	48,3±1,7	60,0±1,0	56,4±1,4	50,7±1,2*
RH общий – физический компонент здоровья	44,2±0,7	48,2±0,6	47,1±0,8	47,6±0,7
MH общий – психологический компонент здоровья	35,4±0,9	43,7±0,6	41,0±0,8	39,6±0,6

Примечание: \* –  $p > 0,05$  (по отношению к показателям до лечения)

Таблица 2

**Показатели качества жизни больных спаечной болезнью по данным опросника SF-36 через 10-12 месяцев (M±m)**

Показатели качества жизни	Группа I, (n = 32)	Группа II, (n = 38)
PF – физическое функционирование	71,3±3,8	49,7±2,6
RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	64,8±5,1	48,7±5,3
BP – интенсивность боли	54,7±2,7	52,1±3,4
GH – общее состояние здоровья	48,2±1,8	45,4±1,4
VT – жизненная активность	52,8±2,0	49,6±2,1
SF – социальное функционирование	54,7±3,4	47,7±2,9
RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	65,6±5,3	46,5±5,6
MH – психическое здоровье	52,8±2,0	49,1±1,4
RH общий – физический компонент здоровья	49,8±0,9	45,8±0,9
MH общий – психологический компонент здоровья	40,6±0,9	38,7±0,9

**Динамика ультразвуковых изменений спаечного процесса брюшной полости до и после лечения**

Симптомы	Количество больных			
	до лечения		после лечения	
	абс	%	абс	%
Визуализация петель кишечника:				
- расширенные с жидким содержимым;	64	80	41	52,6
- конгломерат, состоящий из множества петель;	6	7,5	5	6,4
- стенка кишки фиксирована к передней брюшной стенке	10	12,5	8	10,3
Нарушение перистальтики	80	100	32	41
Изменение диаметра кишки	80	100	56	71,8
Смещение петель кишечника относительно друг друга и передней брюшной стенки	23	30	64	82
Нарушение проб:- тракционной;	80	100	16	20,5
- с форсированным дыханием;	80	100	16	20,5
- компрессионной	80	100	16	20,5

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Воробьев, А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили. – Волгоград: «Издатель», 2001. – 240 с.
2. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине: Учебное пособие / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
3. Чекмазов, И.А. Спаечная болезнь брюшины / И.А. Чекмазов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008. – 160 с.

