

# Качество жизни больных перитонитом на фоне лечения

**А.В. Есипов**

ФГБУ «3 ЦВКГ имени А. А. Вишневого»  
Министерства обороны Российской  
Федерации; Московская обл., пос. Новый

**В.А. Мусаилов**

ФГБУ филиал № 1 «3 ЦВКГ имени  
А. А. Вишневого» Министерства обороны  
Российской Федерации; Московская обл.,  
г. Красногорск

В последнее время в клинических и медико-социальных исследованиях широко применяется оценка качества жизни (КЖ) пациентов, становясь неотъемлемой частью комплексного анализа доказательных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Главным методом определения качества жизни пациентов является стандартизированное интервьюирование с помощью опросников, что позволяет оценить восприятие больным своего здоровья, его точку зрения на свои функциональные возможности, его мнение о степени своего общего благополучия. Наибольшее распространение в клинической практике получил опросник, рекомендованный ВОЗ для оценки качества жизни SF-36, который адаптирован для российских условий и прошел необходимые процедуры по стандартизации и оценке валидности. Особый интерес представляют параметры качества жизни и их связь с клиническими данными и методами лечения больных перитонитом, вызванным заболеваниями и травмами верхних мочевых путей.

**Цель исследования:** оценить качество жизни больных перитонитом, вызванным заболеваниями и повреждениями верхних мочевых путей, на фоне применения комплексной лимфатической терапии и NO-терапии (монооксидом азота).

**Материал и методы.** Исследование основано на анализе клинических наблюдений 375 пациентов с перитонитом, вызванным заболеваниями и повреждениями мочевыводящих путей. Больные находились на лечении в филиале № 1 ФГБУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневого» Министерства обороны Российской Федерации в 2000–2014 гг. Все пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 248 человек, которым для лечения перитонита применяли только общепринятые методы

лечения. В основную группу вошли 137 пациентов с перитонитом, у которых кроме общепринятых методов лечения проводилось лимфотропное введение амикацина и обработка брюшной полости экзогенным монооксидом азота.

Для проведения исследования использовали стандартизированный русифицированный опросник SF-36, который разработан на базе опросника MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36). Опросник MOS SF-36 состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал. Эти шкалы отражают два основных компонента здоровья – физический и психический.

1. Физическое функционирование: отражает степень, в которой физическое состояние пациента ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице и т.п.).

2. Роль функциональное, обусловленное физическим состоянием: влияние физического состояния на повседневную рольевую деятельность.

3. Боль и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

4. Общее здоровье: оценка больным своего состояния на текущий момент и перспектив лечения.

5. Жизнеспособность: субъективное ощущение полноты сил и энергии или, наоборот, снижение жизненной активности.

6. Социальное функционирование: определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Роль эмоциональное функционирование: предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Психическое здоровье: характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний и психическом неблагополучии. Различные шкалы объединяют от 2 до 10 пунктов. Каждый пункт используется только одной определенной шкалой. В соответствии со стандартной процедурой обработки полученных данных значение каждой шкалы выражается в баллах и колеблется в диапазоне от 0 до 100, где 0 – это наихудшее, 100 баллов – наилучшее качество жизни.

Визуальная аналоговая шкала (*Visual Analogue Scale (VAS)*, Huskisson E.C., 1974) – это метод субъективной оценки боли. Он заключается в том, что пациента просят отметить на неградуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет», правая – «худшая боль, какую можно себе представить». Как правило, используется бумажная, картонная или пластмассовая линейка длиной 10 см.

С обратной стороны линейки нанесены сантиметровые деления, по которым врач (а в зарубежных клиниках это обязанность среднего медперсонала) отмечает полученное значение и заносит в лист наблюдения. К безусловным преимуществам этой шкалы относятся ее простота и удобство.

Недостатком ВАШ является ее одномерность, т.е. по этой шкале больной отмечает лишь интенсивность боли. Эмоциональная составляющая болевого синдрома вносит существенные погрешности в показатель ВАШ. При динамической оценке изменение интенсивности боли считается объективным и существенным, если настоящее значение ВАШ отличается от предыдущего более чем на 13 мм.

**Результаты и обсуждение.** Нами проводилось три измерения состояния пациентов по опроснику SF-36: в первые сутки после операции, на третьи и шестые сутки после операции. Результаты исследования представлены в табл. 1 и на рис. 1.

Таблица 1.

#### Оценка состояния пациентов по SF-36 в 1-е сутки после операции

	Основная группа n=137	Контрольная группа n=248
ФФ	20,45±2,85	19,98±2,97
РФФ	31,19±2,32	31,29±2,28
Б	24,60±3,40	24,94±3,50
ОЗ	22,47±3,39	22,37±3,53
Ж	47,38±0,53	47,36±0,51
СФ	17,47±2,33	17,38±2,09
РЭФ	26,31±1,45	26,18±1,40
ПЗ	45,80±2,31	45,45±2,30

Как видно из представленной диаграммы, различия в критериях качества жизни у пациентов основной и контрольной групп в первые сутки после операции отсутствуют. Сравнение всех параметров по T-критерию показало отсутствие достоверно значимых различий. Таким образом, критерии качества жизни у пациентов основной и контрольной

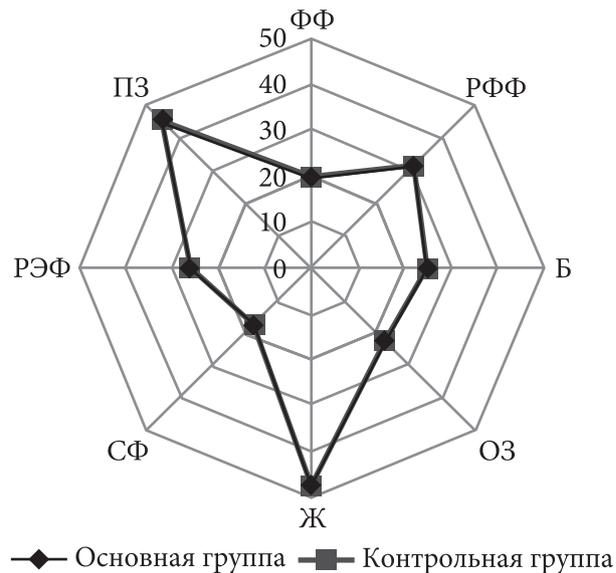


Рис. 1. Оценка состояния пациентов по SF-36 в 1-е сутки после операции

ной групп были одинаковы, и эти группы сравнимы между собой.

Проведен анализ состояния пациентов по SF-36 в каждой группе (основная и контрольная), т.е., рассмотрена динамика внутри групп.

Из рис. 2 видно, как изменялось состояние пациентов основной группы по всем параметрам в динамике на первые, третьи и шестые сутки после операции. Отмечается стойкая положительная динамика. Кроме того, проведено сравнение по T-критерию Стьюдента для трех измерений и выявлено, что все изменения достоверны ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, внутри основной группы прослеживается четкая положительная динамика по всем критериям качества жизни.

Так же исследована динамика состояния пациентов и в контрольной группе. Из представленной диаграммы видно, как изменялось состояние пациентов контрольной группы по всем параметрам в динамике на первые, третьи и шестые сутки после операции. Отмечается стойкая положительная динамика (рис. 3). Кроме того,

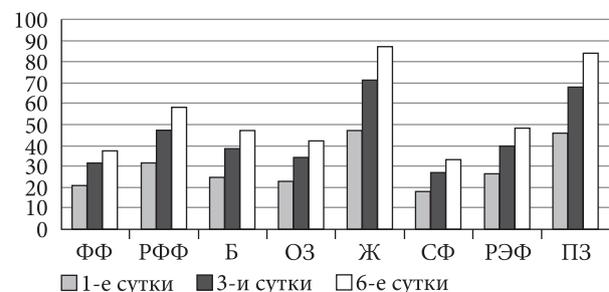


Рис. 2. Динамика качества жизни в основной группе в трех измерениях (n=137)

Таблица 3.

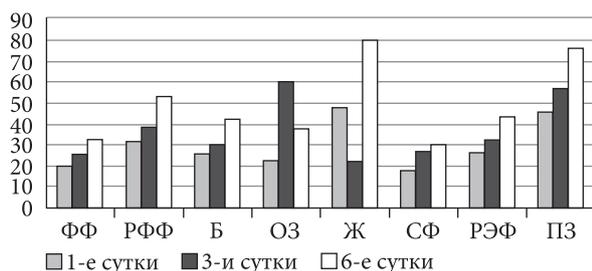


Рис. 3. Динамика качества жизни в основной группе в трех измерениях (n=248)

проведено сравнение по T-критерию Стьюдента для трех измерений и выявлено, что все изменения достоверны ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, внутри контрольной группы прослеживается четкая положительная динамика по всем критериям.

Результаты исследования состояния пациентов на третьи сутки после операции показали положительную динамику как в основной, так и в контрольной группах. При этом отмечена статистически значимая положительная динамика и в основной, и в контрольной группах ( $p < 0,05$ ). В тоже время, показатели в основной группе были выше, чем в контрольной по всем признакам, и эти различия были статистически значимы ( $p < 0,001$ ).

Таблица 2.

Оценка состояния пациентов по SF-36 на 3-и сутки после операции

	Основная группа n=137	Контрольная группа n=248
ФФ	29,97±4,36	24,09±3,37
РФФ	47,28±3,26	37,88±2,54
Б	38,18±4,75	30,19±3,91
ОЗ	34,20±5,18	27,14±3,92
Ж	71,08±0,84	56,87±0,60
СФ	26,64±3,16	20,96±12,71
РЭФ	39,31±2,21	31,32±1,73
ПЗ	68,01±3,61	54,47±2,84

Результаты полученных исследований на третьи сутки у пациентов обеих групп представлены на рис. 4. Диаграмма наглядно отображает улучшение состояния по всем критериям в обеих группах и более высокие показатели в основной группе.

Результаты исследования состояния пациентов на шестые сутки после операции показали продолженную положительную динамику как в основной,

Оценка состояния пациентов по SF-36 на 6-е сутки после операции

	Основная группа n=137	Контрольная группа n=248
ФФ	37,18±5,04	32,16±4,60
РФФ	58,25±3,59	50,21±3,09
Б	47,18±6,24	40,31±5,24
ОЗ	42,23±6,24	35,38±5,17
Ж	87,74±0,98	75,85±0,85
СФ	32,62±4,33	27,98±13,38
РЭФ	48,14±2,65	41,82±2,24
ПЗ	84,39±4,56	72,73±3,71

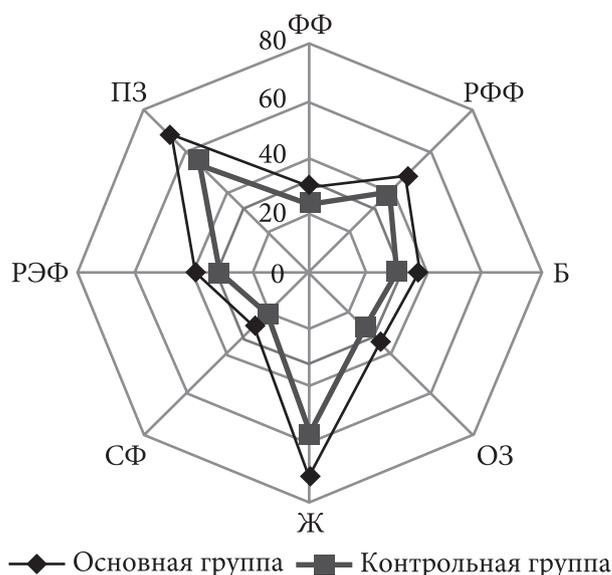


Рис. 4. Оценка состояния пациентов по SF-36 на 3-и сутки после операции

так и в контрольной группах. При этом отмечена статистически значимая положительная динамика показателей в основной и в контрольной группах ( $p < 0,05$ ). В тоже время, показатели в основной группе были выше, чем контрольной по всем признакам, и эти различия были статистически значимы ( $p < 0,001$ ).

Для проверки гипотез о наличии статистической значимости отличий в группах был применен метод парных сравнений с использованием критериев Стьюдента. Рассчитывали точное значение  $p$  (различия считали достоверными при  $p \leq 0,05$ ).

При сравнении признаков в основной и контрольной группах выявлено, что в 1-е сутки все признаки достоверно не отличались, т.е. в основной и контрольной группах изначально состояние

пациентов было одинаково. Но, на 3-и и 6-е сутки состояние пациентов основной группы достоверно лучше, чем пациентов контрольной группы (рис. 5).

Таким образом, проведенное исследование по MOS SF-36 у пациентов с перитонитом, вызванным заболеваниями и травмами верхних мочевыводящих путей, показало ожидаемое улучшение состояния на фоне лечения как в основной, так и в контрольной группах. В тоже время, динамика улучшения состояния у пациентов основной группы была более быстрой и с третьих суток исследования достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы.

Исследования болевого синдрома по шкале ВАШ проведены у всех пациентов основной и контрольной групп трижды. Первое исследование проведено при поступлении, второе – на вторые сутки пребывания в стационаре (первые сутки после операции) и третье – на пятые сутки пребывания в стационаре.

Таблица 4.

#### Результаты исследования болевого синдрома по ВАШ

	Поступление	2-е сутки	5-е сутки
Основная группа <i>n</i> =137	7,38±1,18	5,37±1,18	2,92±1,40
Контрольная группа <i>n</i> =248	7,41±1,24	6,75±1,56	4,50±1,75

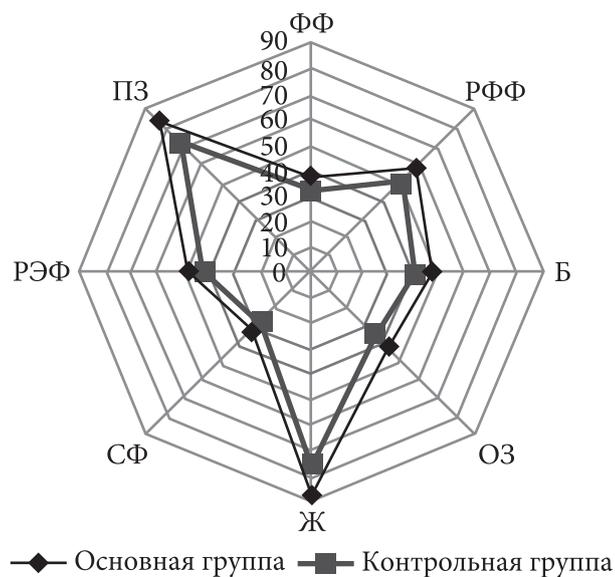


Рис. 5. Оценка состояния пациентов по SF-36 на 6-е сутки после операции

Для проверки гипотез о наличии статистической значимости отличий в группах был применен метод парных сравнений с использованием критериев Стьюдента. Рассчитывали точное значение *p* (различия считали достоверными при  $p \leq 0,05$ ) (рис. 6).

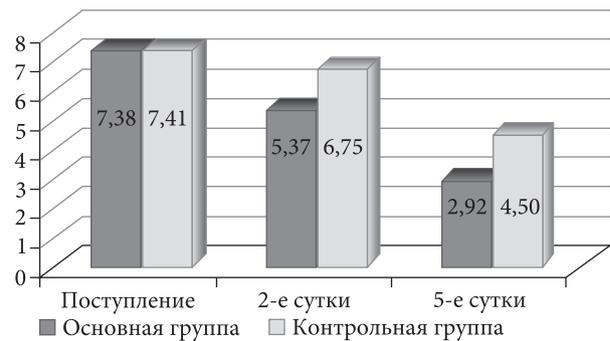


Рис. 6. Оценка болевого синдрома по ВАШ

Из рис. 6 видно, что болевой синдром при поступлении в обеих группах был одинаковым. Со вторых суток отмечается снижение болевого синдрома у пациентов обеих групп, однако у пациентов основной группы болевой синдром менее выражен, и эти различия статистически достоверны ( $p < 0,05$ ). На пятые сутки продолжается общая тенденция снижения болевого синдрома. В тоже время, у пациентов основной группы болевой синдром остается менее выраженным, чем у пациентов контрольной группы, и эти различия статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

#### Выводы

Проведенный анализ качества жизни у больных перитонитом, вызванным заболеваниями и повреждениями верхних мочевых путей, на фоне применения комплексной лимфатической и монооксидом азота (NO) терапии показал:

1. Статистически достоверная положительная динамика по всем критериям качества жизни (по опроснику SF-36) отмечается у пациентов основной и контрольной групп.

2. Показатели качества жизни на фоне применения комплексной лимфатической терапии и NO-терапии (монооксидом азота) выше, чем при «классическом» лечении по всем признакам, и эти различия статистически достоверны.

3. Снижение болевого синдрома (по шкале ВАШ) в послеоперационном периоде отмечается у пациентов основной и контрольной групп.

4. Болевой синдром в послеоперационном периоде ниже у пациентов, получавших комбинированную лимфотропную и монооксидом азота терапию.

5. Комбинированная NO- и лимфатическая терапия у больных перитонитом, вызванным заболеваниями и повреждениями верхних мочевых путей, позволяет добиться более высокого качества жизни по всем критериям и приводит к уменьшению болевого синдрома.

6. Предлагаемый комплексный метод лечения является перспективным в отношении перитонитов, вызванных заболеваниями и травмами верхних мочевыводящих путей, так как позволяет улучшить качество жизни и уменьшить болевой синдром.

## Литература

1. Абдурахманов Ю.Х. Качество жизни больных послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде / Ю.Х. Абдурахманов, В.К. Попович, С.Р. Добровольский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010 – № 7. С. 32-36.

2. Вон С.Д. Оценка параметров качества жизни больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2011. – 24 с.

3. Добровольский С.Р. Исследование качества жизни больных в хирургии / С.Р. Добровольский, Ю.Х. Абдурахманов, Э.К. Джамынчев, А.А. Абдуллаева // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 73-76.

4. Исследование качества жизни после хирургических операций: Учебное пособие / Под ред. Ю.Ю. Шапошниковой, Н.Ю. Шапошниковой, А.Г. Сердюкова, Д.Г. Мустафина. – Астрахань: АГМА, 2009. – 34 с.

5. Лебедева Р.Н. Фармакотерапия острой боли / Р.Н. Лебедева, В.В. Никода. М.: Аир-Арт.- 1998.- 184 с.

6. Макушкин Р.З. Отдаленные результаты и качество жизни у пациентов после лечения распространенного перитонита / Р.З. Макушкин, Б.Б. Хациев, Ш.Ш. Гадаев, Э.Б. Петижев // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 4. – С. 210-212.

7. Недошивин А.О. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недоши-

вин, А.Э. Кутузова, Н.Н. Петрова, С.Ю. Варшавский, Н.Б. Перепеч // Сердечная недостаточность. – 2000. № 4. – С. 1-7.

8. Новик А.А. Исследование качества жизни в медицине: учеб. пособие / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.

9. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации / В.А. Бывальцев, Е.Г. Белых, Н.В. Алексева, В.А. Сороковиков. – Иркутск: ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН, 2013. – 32 с.

10. Серикова С.Н. Качество жизни как критерий эффективности медикаментозного лечения больных с язвенной болезнью желудка // Вестник хирургической гастроэнтерологии. Приложение. – 2012. – С. 36.

11. Староконь П.М. Исследование качества жизни у больных с абдоминальными спайками / П.М. Староконь, М.К. Шашкина. – Саратов, 2008. – 79 с.

12. Тихомирова Г.И. Качество жизни как критерий оценки эффективности восстановительного лечения язвенной болезни // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2-2. – С. 368-371.

13. Черногорова М.В. Клинико-диагностические показатели и качество жизни больных гастроэнтерологического профиля в условиях амбулаторного наблюдения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 27 с.

14. Bloechle C., Izbicki J.R., Knoefel W.T., Kuechler T., Broelsch C.E. Quality of Life in Chronic Pancreatitis-Results After Duodenum-Preserving Resection of the Head of the Pancreas // Pancreas 1995, Vol 11, № 1, pp. 77-85.

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

16. Ware J.E., Sherbour C.D. The MOS 36-item short form health survey: conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30: 473-483.

17. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1993.