

УДК 616.33.342-002.44-089:614.2

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Тихомирова Г.И.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»,
Ижевск, e-mail: oeoxy10@mail.ru

В статье представлены показатели качества жизни (КЖ) оперированных с осложнениями язвенной болезни (ЯБ) пациентов. Установлено, что восстановительные мероприятия наиболее эффективны в условиях дневного стационара (ДС) по сравнению с таковыми в амбулаторно-поликлинических условиях. КЖ в исследуемых группах в ранние сроки после операции значительно снижалось во второй и третьей группах по всем шкалам, по сравнению с практически здоровыми, в связи с большим объемом операций. Через один год после восстановительного лечения показатели здоровья увеличились в тех группах, где соблюдались рекомендации врача и больной вместе с членами семьи принимал участие в здоровьесберегающем поведении. Оценка динамики показателей КЖ позволяет совершенствовать систему организации реабилитационной помощи населению.

Ключевые слова: качество жизни, оперированные больные, язвенная болезнь, восстановительное лечение

QUALITY OF LIFE AS CRITERION OF THE ESTIMATION OF EFFICIENCY OF REGENERATIVE TREATMENT OF STOMACH ULCER

Tikhomirova G.I.

ГБОУ ВПО «The Izhevsk state medical academy», Izhevsk, e-mail: oeoxy10@mail.ru

The paper presents the quality of life (QOL) operated with complications of peptic ulcer (BU) patients. It is established that remediation activities are most effective in day hospital (DS) compared with those in outpatient settings. QOL in the treatment groups in the early postoperative period significantly decreased in the second and third groups on all scales compared to healthy due to the large volume of transactions. One year after the rehabilitation health indicators increased in those groups where the respected advice of a doctor and a patient with family members involved in health-behavior. Assessment of the dynamics of the QOL can improve the system of organization of rehabilitation care.

Keywords: quality of the life, the operated patients, stomach ulcer, regenerative treatment

Проблема лечения язвенной болезни (ЯБ) далеко выходит за рамки медицины и является социально-экономической проблемой, требующей осуществления комплекса мероприятий в общегосударственном масштабе, создающих условия для уменьшения психогенных факторов, нормального питания, гигиенических условий труда, быта и отдыха [2, 5].

В литературе недостаточно обсуждаются вопросы, касающиеся исследований качества жизни больных, оперированных по поводу осложнений язвенной болезни. И поэтому проведенные исследования помогут организаторам здравоохранения, практикующим хирургам, гастроэнтерологам, реабилитологам в вопросах улучшения диагностики, лечения и предупреждения рецидивов заболевания [4].

Качество жизни (КЖ) – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Оценка показателей КЖ полезна при поиске оптимальных вариантов терапии, оценке эффективности мероприятий по профилактике заболеваний, при определении степени удовлетво-

ренности пациента различными аспектами жизни вследствие изменений, обусловленных болезнью и её последствиями, а также процессом медицинского наблюдения и лечения [3, 5, 6]. С целью изучения КЖ разработаны, апробированы и применяются стандартные опросники, которые характеризуются высокой степенью валидности, надежности и чувствительности. Для оценки КЖ больных после паллиативных, паллиативно-реконструктивных и радикальных (резекционных) операций нами был использован русско-язычный аналог международного универсального опросника MOS-SF-36, состоящего из 36 вопросов, которые объединяют в 8 шкал. После проведения шкалирования результаты выражаются в баллах от 0 до 100 по каждой из 8 шкал. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем выше показатель качества жизни.

Материал и методы исследования

Исследование проведено среди 127 пациентов, оперированных в хирургических отделениях стационаров г. Ижевска в раннем послеоперационном периоде и через 6–12 месяцев после реабилитации. В зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства и формы восстановительных мероприятий были сформированы 3 группы исследуемых боль-

ных: 1-я – пациенты, которые перенесли паллиативные операции (прошивание и ушивание язвы) и восстановительное лечение прошли в условиях поликлиники; 2-я – паллиативно-реконструктивные (иссечение язвы, пилоропластика), с числом рецидивирования ЯБ не менее 2-х раз в год, реабилитационные мероприятия которым проведены в дневном стационаре; 3-я – радикальные (резекция желудка, ваготомия) по поводу частых рецидивов (свыше 2-х раз в год) и наблюдавшиеся далее в гастроэнтерологическом отделении терапевтического стационара. Критерии исключения: наличие злокачественного новообразования, оперированные больные по поводу декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка, больные с тяжелой сопутствующей патологией. Распределение по полу в каждой группе колеблется от 1:3 до 1:5 с преобладанием мужчин, по возрасту – средний возраст в группах составил $42,7 \pm 1,3$.

В качестве контрольной группы взято 30 практически здоровых людей идентичных по возрасту. Средний возраст в группе составил $39,4 \pm 1,2$, 16 мужчин (53,3%) и 14 (46,7%) женщин. Исследуемые заполняли опросники самостоятельно. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты исследования и их обсуждение

Контрольная группа (практически здоровые) показала достаточно высокий уровень КЖ. Высокие показатели физического функционирования (ФФ) и ролевого физического функционирования (РФФ) – 88 и 80 баллов соответственно, низкий уровень выраженных болевых ощущений – 72 балла, высокий уровень социальной активности – 78 баллов, т.е. достаточная эмоциональная и физическая способность к общению с другими людьми. Показатели общественного здоровья в группе – 65 баллов, эмоциональной способности заниматься профессиональной деятельностью также высоки – 78 баллов, оценка жизнеспособности и психического здоровья – 67 и 65 баллов соответственно. Определение качества жизни в раннем послеоперационном периоде среди оперированных представлено на рис. 1.

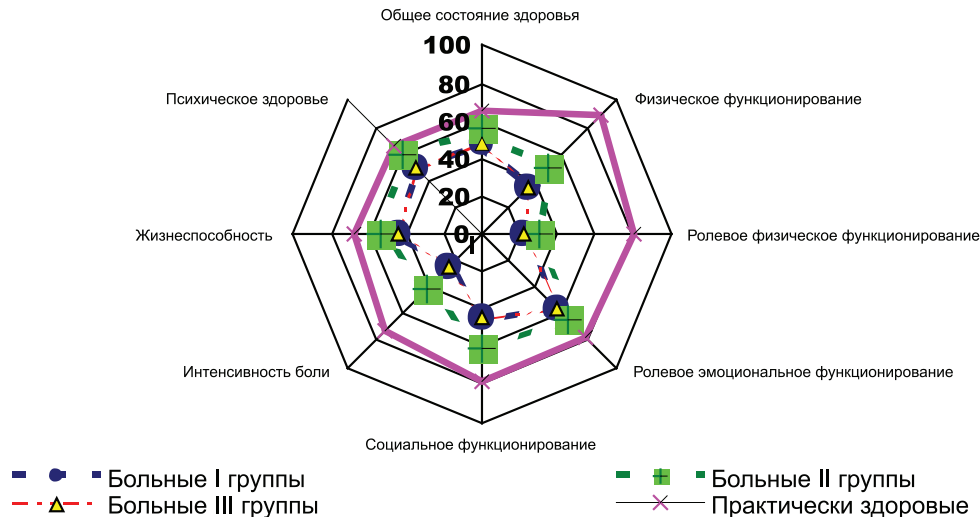


Рис. 1. Уровень качества жизни больных язвенной болезнью по сравнению с практически здоровыми в раннем послеоперационном периоде

Из рис. 1 видно, что качество жизни в исследуемых группах по сравнению с практически здоровыми оказалось сниженным по всем шкалам опросника SF-36 ($p < 0,05$). Значительно страдает физический компонент здоровья – резко снижены показатели ролевого физического функционирования во 2-й и 3-й группах (30 и 22 соответственно), 40 баллов в 1-й группе, в 2 раза ниже показателей контрольной группы (80 баллов). Уровень физического функционирования также низок и достигает максимально 60 и 50 баллов в 1-й и во 2-й группах, в контрольной группе – 88 баллов, что в 1,5 раза выше, а в 3-й группе данный показатель составил 34 балла по этой шкале. Показатели интенсивности боли также значительно снижены по сравнению с практически здо-

ровыми, имеющими 72 балла в группе. Максимальное снижение отмечено в 3-й группе – 24 балла, что объясняется вероятностью развития постгастрорезекционных осложнений в раннем послеоперационном периоде, к концу 1 года после операции данный показатель возрастает до 44 ($p < 0,05$). Показатель субъективной оценки общего состояния здоровья также значительно снижен по сравнению с показателем группы здоровых (65 баллов) и не имеет существенной разницы с объемом выполненной операции – 52 в 1-й группе, 48 – в 3-й, чуть выше во 2-й – 56 баллов, что может быть связано с приверженностью к долечиванию в условиях дневного стационара.

Также значительные изменения в психологическом компоненте здоровья демон-

стрируют исследуемые в основных группах. Наиболее выраженные изменения по шкале жизнеспособности – показатель настроения, энергичности, жизненных сил. У здоровых он составил 67 баллов, в 1-й группе – 48, затем наблюдался незначительный прирост показателя: во 2-й – 54, в 3-й – 44 и умеренное снижение к концу года заболевания ($p < 0,05$). Практически такая же тенденция наблюдалась в показателях психического здоровья. Средний показатель в контрольной группе – 65, в 1-й группе – 54 балла, во 2-й – 59, в 3-й – 50. Сопоставимы данные шкалы ролевого эмоционального функционирования. У здоровых людей этот показатель составил 78 баллов, в 1-й группе – 60 баллов, во 2-й – 64 и к концу года достиг 70 баллов, приближаясь к показателям практически здоровых, в 3-й группе – 56 баллов. Значительное снижение показателя социальной активности больных почти в 2 раза выявлено у пациентов 3-й группы – 44 балла (в контрольной – 78), с незначительным приростом к концу года после операции до 46. Данные свидетельствуют о значительной редукции социальной активности таких пациентов.

При сравнительном анализе показателей КЖ в основных группах отмечается умеренный прирост данных по шкалам опросника SF-36 в первый год жизни после операции по поводу осложненной язвенной болезни. Причем, значительный прирост по шкалам наблюдается среди больных 2-й группы, что связано не только с выполненной операцией, но и с восстановительным лечением в раннем послеоперационном периоде в условиях дневного стационара с целью профилактики рецидивирования заболевания и развития осложнений.

Наблюдаемым пациентам II группы в стационарозамещающих условиях (ДС) было продлено начатое в стационаре противорецидивное лечение, направленное на эрадикацию *Helicobacter pylori* (HP), устранение околязвенного инфильтрата, профилактику обострений и осложнений ЯБ. С этой целью нами использованы комбинации трёх препаратов (антисекреторный и два антимикробных), которые принимались пациентами 2 раза в день в течение 7 дней, после окончания 7-дневного курса больным было рекомендовано продолжить лечение при язве желудка до 5–7 недель и при язве ДПК до 3–5 недель одним из следующих препаратов: омез 30 мг 1 раз в день, ранитидин 300 мг вечером, фаматидин 40 мг вечером. В качестве симптоматического средства рекомендовались антациды, из немедикаментозных средств лечения ЯБ – лазеротерапия, УВЧ на воротниковую

зону, ультразвук, КВЧ-терапия, ЛФК [1]. При изучении эффективности проведенного противорецидивного лечения у пациентов I группы было выявлено снижение уровня показателей КЖ, вызванное отсутствием постоянного медицинского наблюдения, в результате чего соблюдали диету и режим питания только 59,8% пациентов, принимали непрерывно в поддерживающей дозе ингибиторы протонной помпы (омепразол), антациды – 42,9% больных. Низкие показатели КЖ среди пациентов III группы, по нашему мнению, были связаны с тревогой пациентов за свое физическое состояние, обусловленное резекционной операцией, вероятностью развития постгастрорезекционных осложнений, необходимостью принимать медикаменты и возможным ограничением общения с семьей и трудовым коллективом длительное время.

При сравнительной оценке критериев КЖ пациентов в процессе профилактического лечения в зависимости от условий пребывания установлено, что их уровни выше при стационарозамещающей форме оказания медицинской помощи, по сравнению с амбулаторно-поликлиническим. Положительное влияние на социальное и психическое состояние пациентов в условиях ДС было обусловлено возможностью сохранения обычного суточного ритма жизни, привычного круга семьи при ежедневном наблюдении медицинским персоналом, что уменьшало чувство тревоги по поводу собственного здоровья.

Анализ КЖ, проведенный у пациентов ЯБ через 1 год после проведенной операции, показал, что при увеличении продолжительности наблюдения позитивное влияние лечебных мероприятий по блокам «физическое здоровье» и «психическое состояние» уменьшилось. Качество жизни в основных группах через 1 год после реабилитации представлено на рис. 2.

Из рис. 2 видно, что наибольшее снижение получено по шкалам «физическое функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье». Это подтвердило проведенное исследование, в результате которого установлено влияние частоты рецидивирования язвенной болезни на КЖ больных. Развитие рецидива приводило к повторному увеличению субъективной тяжести заболевания, что отражалось на динамике показателей КЖ. Так, показатель по шкале общего восприятия здоровья через 1 год после лечения увеличился на 97,8% при безрецидивном и на 54,7% – при рецидивирующем течении заболевания, показатель жизнеспособности – на 40,7 и 8,8% соответственно.

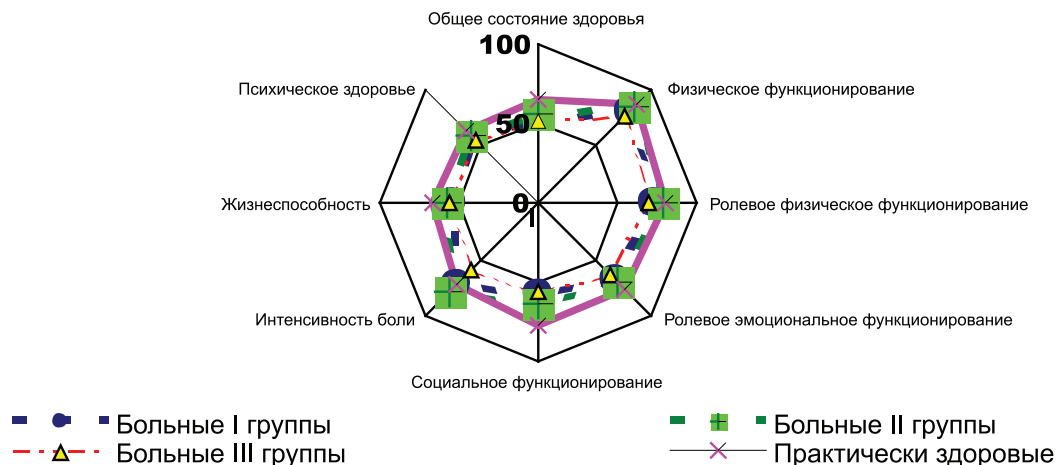


Рис. 2. Уровень качества жизни больных язвенной болезнью в группах по сравнению с практически здоровыми через 1 год после лечения

Исследование показало, что на фоне профилактического лечения у пациентов с язвенной болезнью увеличилась работоспособность с членами семьи и коллегами по работе. Полученные нами данные соответствуют результатам большинства крупных международных и отечественных исследований, показавших, что в процессе лечения происходит улучшение показателей КЖ [1, 5].

Выводы

1. Опросник SF-36 является чувствительным инструментом для анализа качества жизни больных, оперированных по поводу осложненной язвенной болезни в зависимости от вида и объема выполненных оперативных вмешательств.
2. Качество жизни оперированных больных снижено по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с группой практически здоровых людей.
3. В группе пациентов, где выполнялись радикальные (резекционные) операции, самые низкие показатели КЖ по шкалам опросника SF-36 и более высокие во 2-й группе, где больные в послеоперационном периоде прошли курс реабилитации в условиях дневного стационара.
4. В процессе восстановительного лечения пациентов язвенной болезнью происходит статистически достоверное улучшение показателей КЖ, особенно по блокам «физическое здоровье» и «психическое состояние».
5. Динамика уровня КЖ зависит не только от длительности сохранения симптомов

обострения и скорости репаративного процесса, но и степени психологической и социальной адаптации пациентов.

Список литературы

1. Алексеева Я.Г. Фармакодинамика антисекреторных и антигеликобактерных средств у больных язвенной болезнью желудка двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград. 2000. – 23 с.
2. Язвенная болезнь: учеб. пособие для врачей / О.Н. Минушкин, И.В. Зверьков, Г.А. Елизаветина, Л.В. Масловский. – М., 1995, – 146 с.
3. Новик А.А. Исследование качества жизни в медицине: учеб. пособие / А.А. Новик, Т.И. ИONOва. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
4. 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.
5. Soll A.H. Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. – Philadelphia – London – Toronto – Montreal – Sydney – Tokyo – 1998. – Vol. 1. – P. 620–678.
6. Tzepakova A.A. Quality of life of the healthy population of St. Petersburg / A.A. Tzepakova, T.I. Ionova, A.A. Novik // Qual. Life Res. – 2000. – Vol. 9, № 3. – P. 308.

Рецензенты:

Подлужная М.Я., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС Пермской государственной медицинской академии им. ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь;
 Алексеева В.М., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва.
 Работа поступила в редакцию 30.12.2011.