

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, А.А. Копейкин, А.П. Мотин, Т.С. Рахмаев*

Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

**Изучено качество жизни больных, оперированных по поводу язвенной болезни. Для оценки качества жизни использован опросник SF-36. Анализ производился в основной и контрольной группах. Основная группа – 21 пациент, перенесший резекцию желудка по Бильрот-1, контрольная группа – 29 больных, страдающих язвенной болезнью. Оказалось, что уровень качества жизни больных, перенесших резекцию желудка, выше качества жизни больных, страдающих язвенной болезнью. Максимальное различие в качестве жизни основной и контрольной групп было получено по критериям: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, боль, жизнееспособность, социальное функционирование и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Повышение качества жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни, достигается не только за счет физического, но и за счет психологического компонента здоровья.**

Несмотря на развитие фармакологии и совершенствование хирургической техники, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остается важной медико-социальной проблемой не только для России, но и для всего мира. Появление новых высокоэффективных противоязвенных препаратов привело лишь к незначительному снижению заболеваемости язвенной болезнью, в то время как удельный вес ее осложнений остался без изменений, а по данным некоторых авторов, даже увеличился [1,2,4]. Актуальность проблемы связана еще и с тем, что эта патология, в основном, встречается у пациентов наиболее трудоспособного возраста [5].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки оказывает влияние не только на соматическое состояние пациента, но и на его психо-эмоциональное поведение и социальный статус. Традиционно врач описывает течение и тяжесть язвенной болезни, исходя из данных физикального, лабораторного и инструментального обследования. Другая составляющая здоровья человека – информация о социальных и психологических проблемах связанных с этим заболеванием, как правило, оставалась недооцененной [3]. Важностью изучения психо-эмоциональной и социальной сферы жизни пациента объясняется появление в последние годы особого критерия эффективности оказания медицинской помощи – оценки качества жизни (КЖ).

Понятие качества жизни подразумевает не только отсутствие заболевания, но и физическое, психологическое, социальное благополучие и возможность самореализации личности. Соответственно, конечной целью процесса лечения является восстановление здоровья не только в соматическом, но и в его социальном и психологическом аспектах. Ориентация оценки состояния здоровья на субъективное восприятие пациентом своего самочувствия способствует сближению позиций врача и больного и повышению комплайенса. В настоящее время качество жизни характеризуется как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни [7].

Оценка качества жизни пациентов, оперированных по поводу язвенной болезни, является принципиально важной составляющей мониторинга эффективности лечения. Действительно, нередко диагноз пострезекционных и постваготомических расстройств ставится на основании симптомов диспепсии и негативной оценки больным своего здоровья при отсутствии органических проявлений – пептической язвы, стаза в приводящей петле, вегето-сосудистых синдромов.

В настоящем исследовании показаны отдаленные результаты хирургического лечения язвенной болезни, основанные на анализе качества жизни пациентов, наблюдавшихся в клинике госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова.

### **Цели исследования**

Оценка качества жизни больных, радикально оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

### **Материал и методы**

Качество жизни оценивали при помощи опросника SF-36. Общий вопросник SF-36 используют во многих странах мира с высокими показателями валидности и воспроизводимости [6]. Он содержит 36 вопросов, сгруппированных в 9 доменов:

- 1) физическая активность (PF) - низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья;
- 2) роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP) – низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента;
- 3) боль (BP) – низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента;
- 4) общее восприятие здоровья (GH) – чем ниже бала по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья;
- 5) жизнеспособность, которая подразумевает субъективное ощущение полноты сил и энергии, или, наоборот, отсутствие сил (VT). Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности;
- 6) социальная активность (SF) - низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния;
- 7) роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE) – низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния;

- 8) психическое здоровье (МН) – низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии;
- 9) сравнение самочувствия в настоящее время и предыдущий год.

SF-36 позволяет получить количественную характеристику КЖ по указанным шкалам. Показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов (чем выше значение, тем лучше КЖ). Шкалы объединяются в две группы, которые составляют физический компонент (PH – physical health) и психологический компонент здоровья (MH – mental health). Физический компонент здоровья (Physical health – PH) составляют шкалы: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH) представлен шкалами: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование; жизненная активность.

Для самостоятельного заполнения опросника пациенту требуется около 15 мин.

В исследование были включены мужчины старше 18 лет, сформировавшие две группы. Общими для обеих групп критериями исключения были: тяжелая степень любого заболевания; сопутствующее онкологическое заболевание; прием антисекреторных препаратов в течение месяца, предшествовавшего исследованию.

*Группа сравнения:* 29 пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки в возрасте от 22 до 57 лет. Критерии исключения: отсутствие обострений язвенной болезни в течение двух лет, предшествовавших исследованию; клиническая картина стеноза выходного отдела желудка.

*Основная группа:* 21 человек, перенесший резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни в возрасте от 34 до 58 лет. Критериями исключения являлись: сроки менее 6 месяцев с момента операции; «экономные» резекции желудка. 18 больных этой группы перенесли резекцию желудка по Бильрот-I с конце-концевым гастродуоденоанастомозом, 3 больных резекцию желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Сроки с момента операции колебались от 6 месяцев до 11 лет и в среднем составили  $3,67 \pm 2,41$  года.

Оценку по шкале SF-36 проводили в обеих группах с согласия исследуемых.

В обеих группах пациентам проводилась фиброгастродуоденоскопия, в ходе которой определялось состояние слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие или отсутствие эрозий и язвенных дефектов.

Обработка результатов исследования производилась на персональной ПЭВМ с использованием стандартного пакета статистических программ.

### **Результаты и их обсуждение**

Пациенты обеих групп испытывали болевые ощущения и изжогу. Болевые ощущения в основном беспокоили в эпигастральной области. В группе сравнения болевой синдром был характерен для язвенной болезни: болевой синдром обычно проявлялся натощак, у части пациентов были «ночные» боли. В основной группе болевой синдром по большей части был связан с переполнением культи желудка после приема пищи.

Выраженность болевого синдрома оценивалась при помощи опросника SF-36 по параметру «физическая боль» (BP). Пациенты в ходе опроса могли выбрать подходящий ответ по критерию «насколько сильную физическую боль вы испыты-

вали за последние 4 недели?». Результаты индивидуальной оценки выраженности болевого синдрома представлены на диаграмме 1. Очевидно, что болевой синдром среди лиц, страдающих язвенной болезнью, был более выражен, чем среди пациентов, перенесших резекцию желудка.

В таблице показаны сравнительные данные по шкалам опросника в основной и контрольной группах. По всем доменам отмечались более высокие значения в группе больных, радикально оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Максимальное различие в качестве жизни основной и контрольной групп было получено по критериям: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, боль, жизнеспособность, социальное функционирование и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Эти различия наглядно демонстрируют, что разница в уровне качества жизни между двумя группами определяется не только выраженностью болевого синдрома, снижающего ролевое функционирование. Существенное значение играет психологический фактор оценки пациентом своего состояния. Именно эмоциональная составляющая в значительной степени снижает качество жизни больных, страдающих язвенной болезнью. Адекватное оперативное вмешательство не только приводит к исчезновению болевого синдрома, но и в большинстве случаев устраняет неблагоприятный психологический настрой.

На рисунке 2 показана сравнительная характеристика двух групп пациентов по физической и психологической компонентам здоровья. Физический и психологический компоненты здоровья пациентов, перенесших резекцию желудка, оказались выше, чем в контрольной группе, на 9,7 и 9,4% соответственно.

### **Выводы**

1. Уровень качества жизни больных, перенесших резекцию желудка, выше качества жизни больных, страдающих язвенной болезнью.
2. Повышение качества жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни, достигается не только за счет физического, но и за счет психологического компонента здоровья.

Таблица. Сравнительные данные по шкалам опросника SF-36 в основной и контрольной группах.

Шкала	Баллы	
	Группа сравнения	Основная группа
PF	81,22	84,37
RP	53,81	71,1
BP	59,64	74,78
GH	51,9	52,66
VT	60,33	69,82
SF	69,25	77,84
RE	52,74	68,53
MH	64,57	66,67

Диаграмма 1. Индивидуальная оценка боли в основной и контрольной группе

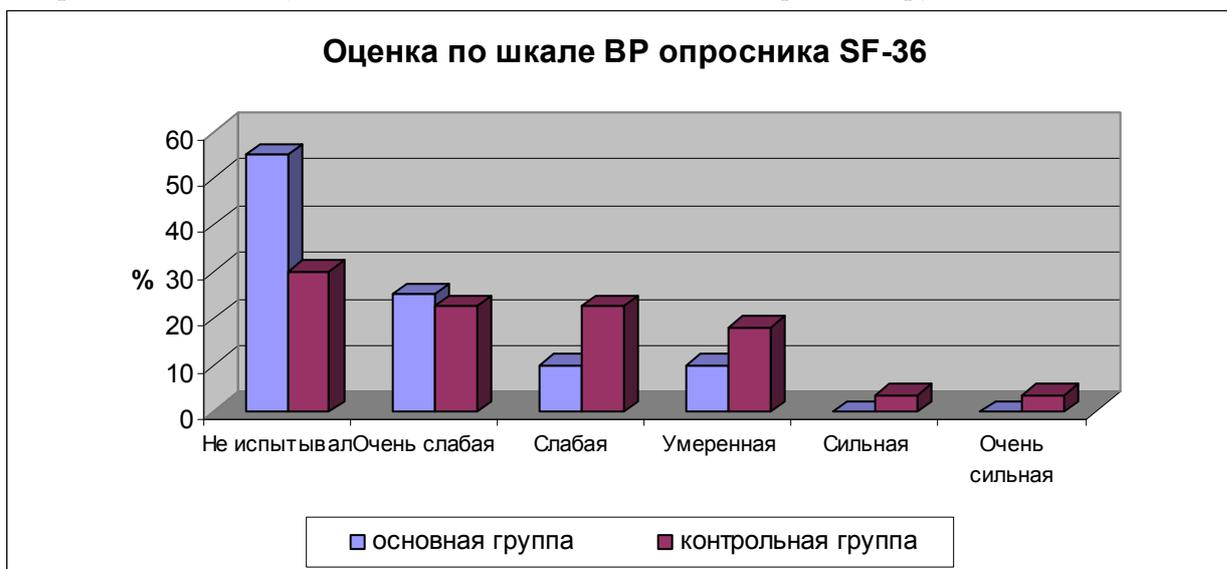
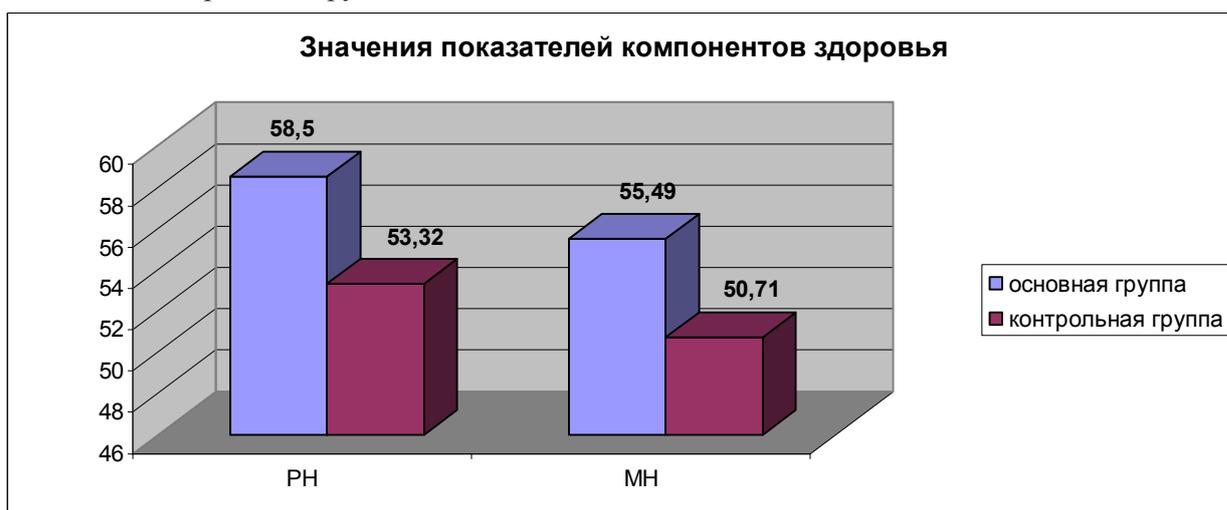


Диаграмма 2. Сравнение показателей физического и психологического компонентов здоровья в основной и контрольной группах.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение язвенной болезни / Григорьев П.Я. // Мед. газета – 1998 - №15 – С.4.
2. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1997г // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1999. - №2. – С.33-44.
3. Эффективность хирургического лечения дуоденальной язвы / Кузин Н.М., Крылов Н.Н. // Хирургия. – 1999. - №1 – С.17-20.
4. Выбор метода лечения неосложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки /Петров В.П. // Хирургия. – 2001. - №7. – С.13-16.
5. . Использование плазменного скальпеля и однорядного шва при резекции желудка / Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Бабичев А.В // Хирургия. – 1999. - №11. – С.11-14.
6. SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide /Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M.; The Health Institute; New England Medical Center. – Boston, 1993.
7. Quality of life and its impact on hypertensive patients / Williams GH. // Amer. J. Med. – 1987. – Vol.82. – P. 99-105.

**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WHO WAS EXPOSED  
A HEMYGASRECTOMY**

S.V. Tarasenko, O.V. Zaitsev, A.A. Kopeykin, A.P. Motin

**Quality of life of patients who was exposed a hemygastrectomy is investigated. For an assessment of quality of life questionnaire SF-36 is used. Analysis was effected in the basic and control bunches. The basic bunch - 21 patient who was exposed a resection of a stomach on Bilrot-1, control bunch - 29 patients, suffering a peptic ulcer. There was, that a degree of quality of life of the patients who was subjected a resection of a stomach are higher, than the qualities of life of the patients, suffering a peptic ulcer . The maximal difference as life of the basic and control bunches has been received by criteria: the role functioning caused by a physical state, a pain, vitality, social functioning and the role functioning caused by an emotional state. Improvement of quality of life of the patients who was subjected a hemygastrectomy, is achieved not only due to physical, but also due to a psychologic component of health.**

Адрес для переписки: Тарасенко Сергей Васильевич

390027 г. Рязань

Ул Новая, 6-й проезд, дом №1

Тел.: Раб. 76-37-77

Дом. 45-54-69