

Выводы:

1. Результаты клинического наблюдения позволяют сделать вывод о хорошей переносимости и высокой гипотензивной активности препарата индапамид в монотерапии у больных с мягкой и умеренной гипертонией.

2. Не выявлено влияния препарата индапамид на метаболические процессы.

3. Выявлено устранение микроальбуминурии у больных на фоне терапии индапамидом и эналаприлом малеатом.

4. Добавление эналаприла к индапамиду позволяет усилить гипотензивный эффект препарата и добиться целевых значений АД.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Оганов, Р.Г.* Профилактическая кардиология: от гипотез к практике / Р.Г.Оганов // Кардиология.—1999.—№ 2.—С.4—9.
2. *Жданова, О.Н.* Изолированная систолическая артериальная гипертензия у пожилых людей / О.Н.Жданова // Артериальная гипертензия.—2002.—Т. 8, № 5.—С.181.
3. *Карпов, Ю.А.* Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и лечение артериальной гипертонии / Ю.А.Карпов // Практикующий врач.—2002.—№ 4.—С.23.
4. *Маренич, А.В.* Принципы лечения больных с артериальной гипертензией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Роль суточного мониторирования артериального давления в современных условиях: обзор литературы / А.В.Маренич.

УДК 616.366-003.7-06+616.366-089.87+616-089.168.1

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

М.Ф. Яушев, А.В. Мартынов

Кафедра фтизиопульмонологии КГМУ, Казань, Россия

Реферат. С целью оценки функционального статуса в процессе реабилитации проведено изучение качества жизни (SF-36) 160 больных желчнокаменной болезнью, перенесших лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). В первые дни после операции отмечено снижение качества жизни фактически по всем доменам КЖ. Наиболее существенное снижение отмечено по домену ролевого физического, эмоционального и социального функционирования, восприятию боли. Минимальное влияние операции выявлено на параметры физического и психологического здоровья. В процессе 3—4-недельной реабилитации после ЛХЭ выявлена значительная положительная динамика параметров КЖ с почти полным восстановлением при сравнении с группой здоровых. В наибольшей степени отмечается прирост параметров ролевого физического и социального функционирования, общего здоровья в сочетании со снижением восприятия боли.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, качество жизни.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER THE LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

M. F. Yaushev, A. V. Martynov

Department of Phtysiopulmonology of Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Abstract. The purpose of this investigation was to estimate a functional status of 160 patients, who underwent laparoscopic cholecystectomy, using quality of life questionnaire (SF-36). There was found a decreasing in all components of SF-36 in first days after surgical operation. Most changes were found in role physical, role emotional, social function and bodily pain. Changes in physical and mental health of SF-36 were minimal. 3—4 week after surgical operation significant positive changes of SF-36 parameters were found with almost full restoration in comparison with healthy group. Most positive dynamics were marked in parameters of role physical and social functioning, general health and bodily pain.

Key words: gallstone disease, laparoscopic cholecystectomy, quality of life.

Эндоскопические методы хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) получили достаточно широкое распространение в хирургической практике благодаря малой инвазивности в сочетании с высокой эффективностью лечения и низкой частотой послеоперационных осложнений. Число ежегодно выполняемых в РФ лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) превышает 110 тыс. [1, 2].

Изучение состояния больных в послеоперационном периоде в клинике обычно осуществляют на основании клинического и функциональных исследова-

ний. Вместе с тем в качестве интегральной оценки состояния больного, включая физический, психологический, эмоциональный компонент здоровья и социальное функционирование, можно использовать опросники качества жизни [3, 4].

Цель исследования — изучение возможности использования опросника КЖ для оценки функционального статуса больных ЖКБ, перенесших ЛХЭ.

Нами проведена оценка показателей КЖ 160 больных ЖКБ, перенесших ЛХЭ, исходно и в динамике в процессе санаторного этапа реабилитации. Было выполнено трехкратное исследование КЖ пациентов

на различных сроках — 3—4 дня после операции, на 10—12-й и 18—21-й день с начала реабилитации. В своей работе мы использовали стандартный, относящийся к категории общих опросник SF-36.

Материал и методы. Обследуемая группа больных ЖКБ включала 160 человек. Средний возраст составил $(46,4 \pm 10,2)$ года, женщины составили 75%. Были выявлены сопутствующие заболевания: ГБ — у 22 (13,7%) чел.; ИБС — у 2 (1,2%) чел., в том числе стенокардия напряжения впервые возникшая — у 1 чел., стенокардия напряжения I ФК — у 1 чел.; ХОБЛ — у 11 (6,8%) чел.

КЖ больных сравнивали с группой сравнения (50 здоровых). Отличия группы сравнения от контрольной группы по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям были минимальными. Группу сравнения (ГС) составили здоровые работоспособные лица в возрасте $(42,6 \pm 12,3)$ года (в интервале от 20 до 59 лет), 64% опрошенных составили женщины. Среди сопутствующих заболеваний в группе сравнения были выявлены ГБ — у 5 (10%) чел.; ИБС — у 1 (2%) чел.; ХОБЛ — у 3 (6%) чел.

Таким образом, обе группы были сформированы так, что минимальные отличия между ними не могли повлиять на результаты анализа при сравнении показателей КЖ.

Сравнение параметров КЖ больных ЖКБ после операции с группой здоровых, позволяет нам судить как о влиянии хирургического вмешательства на КЖ, заболевания (ЖКБ), так и действии общих внешних факторов (табл. 1). Исследование КЖ в первые дни (3—4-й день) после операции на основании опросника SF-36 выявило существенное влияние эндоскопической операции на составляющие модели КЖ (SF-36).

Проведенный анализ показал, что максимальное влияние операции испытывают на себе такие параметры КЖ, как ролевое физическое функционирование (РФФ) (разница — 71,8 балла), интенсивность боли (Б) (разница — 51,8 балла), физическое функционирование (ФФ) (разница — 43 балла), социальное функционирование (СФ) (разница — 39,4 балла). Менее выражено специфическое воздействие ЛХЭ на жизненную активность (Ж) (разница — 23,6 балла), общее здоровье (ОЗ) (разница — 26,7 балла), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) (разница — 26,8 балла).

Минимальное влияние отмечено в ментальных компонентах модели: психологическом здоровье (ПЗ) (разница — 18,9 балла) и интегральном показателе психологического здоровья (ПЗ*) (разница — 6,8 балла), а также физическом здоровье (ФЗ) (разница — 14,7 балла).

Возникает вопрос, как следует трактовать данные исследования КЖ больного на 3—4-й день после операции с точки зрения влияния оперативного вмешательства.

В первые дни после операции отмечено снижение качества жизни фактически по всем доменам КЖ. Наиболее существенное снижение отмечено по домену ролевого физического функционирования и показателю физического здоровья (13,8 и 37,6 балла соответственно). Однако только РФФ группы ЖКБ существенно отличается от группы сравнения (85,6 балла), следовательно, мы можем говорить о значительном ограничении повседневной деятельности больных. В то время как домен физического здоровья в группе сравнения также имел низкие значения (52,3 балла), что нивелирует роль хирургического вмешательства в его снижении.

Выявлены достаточно низкие значения доменов боли (37,7 балла), общего здоровья (41,4 балла), жизненной активности (47,2 балла), социального функционирования (50,3 балла) и психологического здоровья (51,2 балла). Вместе с тем только для СФ и Б в группе сравнения соответствующие значения доменов были высокими (соответственно 89,7 и 89,5 балла), что свидетельствует в пользу существенного негативного влияния на эти домены операции. Можно констатировать невысокое общее восприятие больными своего состояния здоровья и оценки перспектив предстоящей реабилитации.

Наименьшие изменения выявлены по домену ролевого эмоционального функционирования (59 баллов) и интегральному показателю психологического здоровья (56,9 балла). Однако в группе сравнения значения только РЭФ были достаточно высокими (89,1 балла).

Таким образом, полученные результаты могут иметь следующие интерпретации: в результате оперативного вмешательства психическое состояние больных существенно не изменилось, незначительно пострадало ощущение больными своего физического здоровья в целом. Вместе с тем больные ощущают

Таблица 1

Исходные параметры КЖ (SF-36) больных ЖКБ на 3—4-й день после операции в сравнении с группой сравнения (здоровых) (баллы, $M \pm SD$)

Домены	Группа сравнения (n=50)	Больные ЖКБ при поступлении в санаторий (n=160)	Разница	t	p
ФФ	90,0±13,4	47,0±18,1	-43,0±20,6	12,1	<0,05
РФФ	85,6±29,9	13,8±24,9	-71,8±40,0	11,0	<0,05
Б	89,5±16,8	37,7±12,9	-51,8±15,6	17,5	<0,05
ОЗ	68,1±12,3	41,4±11,3	-26,7±18,6	8,5	<0,05
Ж	70,8±13,8	47,2±8,0	-23,6±17,1	8,1	<0,05
СФ	89,7±17,6	50,3±13,8	-39,4±21,0	10,7	<0,05
РЭФ	85,8±26,1	59,0±33,5	-26,8±38,5	2,4	0,018
ПЗ	70,1±11,6	51,2±10,0	-18,9±17,4	5,8	<0,001
ФЗ	52,3±5,0	37,6±4,6	-14,7±6,1	14,3	<0,05
ПЗ*	63,7±7,1	56,9±7,1	-6,8±9,4	3,0	0,038

умеренное снижение общего здоровья (считают себя не вполне здоровыми в данный момент) и понижение жизненной активности. Кроме того, вследствие операции и сильных болевых ощущений на 3—4-й день после операции больные считают себя неспособными к повседневному труду, обычной социальной деятельности и значительной физической активности.

Корреляционный анализ выявил умеренной силы достоверную корреляцию между некоторыми доменами КЖ на 3—4-й день после операции.

Выявлена умеренной силы корреляция проявления болевого синдрома с эмоциональным состоянием больных (РЭФ) ($r=0,40, p<0,05$) и ролевым физическим функционированием (РФФ) ($r=0,43, p<0,05$). Учитывая более низкие значения РФФ (13,8 балла) в сравнении с РЭФ (59 баллов), можно предположить, что наиболее негативное влияние боль вследствие ЛХЭ оказала на повседневную физическую активность. Выявлена взаимосвязь физического функционирования с эмоциональным состоянием ($r=0,47, p<0,05$) и общим восприятием больным здоровья ($r=0,44, p<0,05$).

С ощущением жизненной активности было тесно связано психологическое состояние ($r=0,61, p<0,05$), физическое функционирование ($r=0,28, p<0,05$) и социальная активность ($r=0,55, p<0,05$). На социальную активность больного влияло восприятие психического здоровья ($r=0,60, p<0,05$).

Следующий этап исследования КЖ у данных больных был проведен через 10—12 дней с момента на-

чала реабилитации. В нем приняло участие 113 больных из числа тех, которые заполняли опросник при поступлении (табл. 2).

После 1—2 нед пребывания в санатории мы видим достоверное улучшение всех доменов качества жизни.

С одной стороны, отмечается максимальный прирост РФФ (+164,5%). Вместе с тем величина этого параметра остается наименьшей (36,5 балла) среди остальных. Отмечается значительное снижение восприятия боли (+63,4%) и восстановления социального функционирования (+41,0%). Минимально увеличились домены: ПЗ — 20,7%; РЭФ — 21,5%; ОЗ — 22,2% и Ж — 22,8%. Наиболее ригидными были интегральные показатели физического психологического здоровья (11,7% и 9,1% соответственно).

Мы видим, что в первую очередь увеличение баллов коснулось доменов, отражающих влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность, интерпретирующих восприятие боли и социальную активность. Вместе с тем меньше всего изменились домены оценки собственного состояния здоровья, ощущения полноты сил, влияния эмоционального состояния на обычную деятельность, уровня положительных эмоций.

Завершающее исследование КЖ проводилось на 18—21-й день с момента начала реабилитации (табл. 3). Для большинства больных этот срок совпадает с завершением санаторной реабилитации. В связи с этим следует ожидать существенного восстано-

Таблица 2

Исходные показатели доменов опросника SF-36 в соотношении с баллами доменов через 10—12 дней (баллы, $M \pm SD$)

Домены	При поступлении (n=160)	Через 10—12 дней (n=113)	Динамика (% от исх.)	t	p
ФФ	47,0±18,1	58,9±21,6	25,3	11,4	<0,05
РФФ	13,8±24,9	36,5±32,9	164,5	10,0	<0,05
Б	37,7±12,9	61,6±15,9	63,4	15,5	<0,05
ОЗ	41,4±11,3	50,6±10,4	22,2	10,5	<0,05
Ж	47,2±8,0	58,0±7,5	22,8	13,4	<0,05
СФ	50,3±13,8	70,9±14,1	41,0	14,4	<0,05
РЭФ	59,0±33,5	71,7±32,8	21,5	6,6	<0,05
ПЗ	51,2±10,0	61,8±5,7	20,7	11,3	<0,05
ФЗ	37,6±4,6	42,0±5,4	11,7	10,6	<0,05
ПЗ*	56,9±7,1	62,1±5,0	9,1	10,1	<0,05

Таблица 3

Исходные показатели доменов опросника SF-36 в соотношении с баллами доменов через 18—21 день (баллы, $M \pm SD$)

Домены	При поступлении (n=160)	Через 18—21 день (n=61)	Динамика (% от исх.)	t	p
ФФ	47,0±18,1	72,8±18,6	55,0	13,5	<0,05
РФФ	13,8±24,9	82,8±21,2	500,0	20,5	<0,05
Б	37,7±12,9	86,7±21,6	130,0	19,4	<0,05
ОЗ	41,4±11,3	59,2±10,0	43,0	12,1	<0,05
Ж	47,2±8,0	65,5±8,9	38,8	13,5	<0,05
СФ	50,3±13,8	91,8±12,3	82,5	19,6	<0,05
РЭФ	59,0±33,5	89,1±19,0	51,0	13,3	<0,05
ПЗ	51,2±10,0	67,3±6,1	31,4	13,2	<0,05
ФЗ	37,6±4,6	49,8±4,8	32,4	16,7	<0,05
ПЗ*	56,9±7,1	65,0±3,8	14,2	14,3	<0,05

ления параметров КЖ группы больных по отношению к группе здоровых.

Соотношение полученных данных с исходными показателями выявило следующие результаты: 1) наибольший прирост равный 500% выявлен по домену РФФ; 2) далее следуют домены Б и СФ с приростом 130,0 и 82,5% соответственно; 3) минимальное увеличение выявлено в доменах ПЗ, Ж и ОЗ, что составляет 31,4, 38,8 и 43,0% соответственно. Среди интегральных показателей КЖ наибольшее увеличение (32,4%) коснулось физического здоровья, а показатель психологического здоровья поднялся на 14,2% от исходных значений.

Таким образом, среди параметров КЖ максимальную обратимость и, следовательно, потенциал для восстановления имеют параметры, связанные с восприятием боли (Б) и физическим функционированием (РФФ). Кроме того, после 3 нед санаторной реабилитации у больных существенно восстанавливаются параметры социального функционирования (СФ).

При изучении результатов, полученных на последнем этапе исследования КЖ среди больных, проведена их сравнительная оценка с данными ГС (рис. 2).

Мы видим существенную положительную динамику параметров КЖ, свидетельствующую о фактическом восстановлении КЖ к концу 3 нед реабилитации. Исключение составляет разве что домен физического функционирования (ФФ), где отличие от ГС составляет 17,2 балла.

Анализ компонентов КЖ позволяет выявить некие закономерности полученных изменений. За время исследования проследовало последовательное увеличение баллов компонентов КЖ. Однако нельзя говорить о том, что этот рост является равномерным и не зависит от времени, прошедшего с момента поступления в санаторий и соответственно с момента хирургического вмешательства. Существует определенная вероятность того, что уровень снижения баллов домена может являться предиктором их роста со временем (так, при максимально низком исходном показателе домена прирост может быть также максимальным и наоборот).

Обращает на себя внимание то, что среди компонентов, формирующих показатель физического здоровья исследуемых больных, наибольшее снижение баллов коснулось домена РФФ — индикатора ограничения повседневной деятельности. Вторым по степени снижения является домен, отражающий влияние боли на активность больного. Следующим было снижение в домене оценки больным своего собственного здоровья — ОЗ, и последнее по выраженности снижение зафиксировано в домене ФФ.

Среди компонентов показателя психологического здоровья значимое снижение зафиксировано в домене жизнеспособности и социальной активности. Минимальные изменения произошли в домене РЭФ.

Изменение значений компонентов показателя физического здоровья в динамике как через 10—12, так и через 18—21 день характеризуются максимальным приростом по доменам РФФ и Б. Характерно, что баллы домена РФФ увеличились более значительно в промежуток между вторым и третьим этапом исследования КЖ, а прирост показателей домена Б был равномерным на протяжении всего исследования. Увеличение баллов доменов ФФ и ОЗ было также относительно равномерным и менее значительным на всем протяжении исследования.

Среди компонентов, составляющих показатель психологического здоровья, максимальный прирост выявлен в следующих доменах: СФ и РЭФ, где более выраженная динамика отмечена между вторым и третьим этапом исследования. В доменах жизнеспособности и психологического здоровья выявлен равномерный прирост в меньшем объеме.

Выводы. Таким образом, на основании полученных нами результатов можно сделать целый ряд общих выводов относительно значимости, с одной стороны, и взаимосвязи — с другой, отдельных компонентов и показателей КЖ в процессе реабилитации:

1. ЛХЭ оказывает существенное влияние на КЖ больных ЖКБ. Наиболее негативное влияние хирургического вмешательства испытывают на себе параметры ролевого физического функционирования, социального функционирования, а также восприятие боли. В наименьшей степени вследствие ЛХЭ стра-

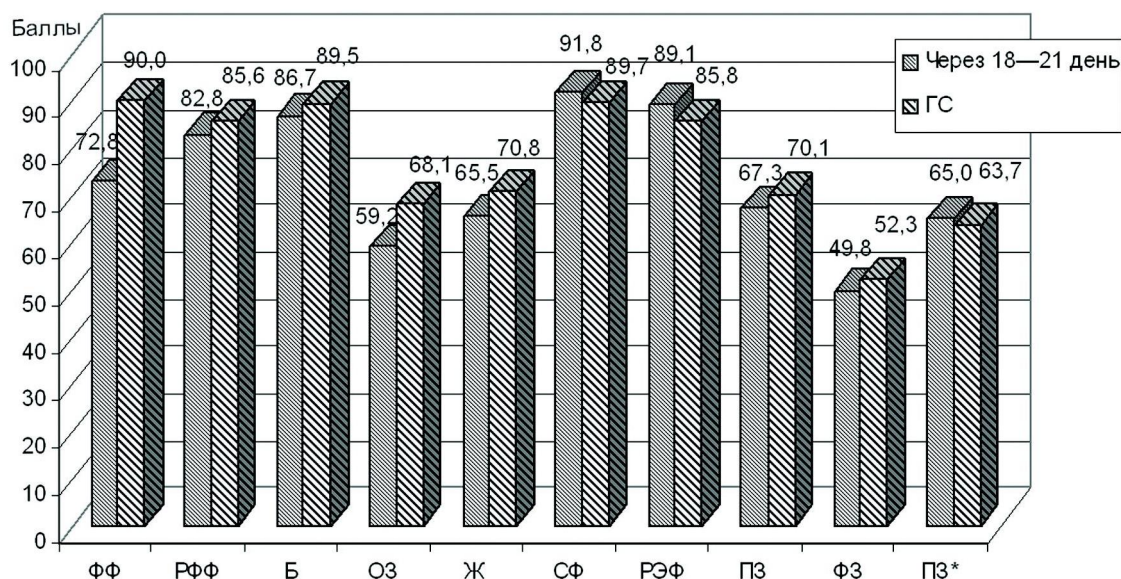


Рис. 2. Показатели доменов опросника через 18—21 день ($n=61$) в соотношении с доменами ГС ($n=50$) (* $p<0,05$)

дает восприятие общего, физического и психологического здоровья.

2. В раннем периоде реабилитации после ЛХЭ болевой синдром негативно влияет на выполнение повседневной физической активности и эмоциональное состояние больного, что документируется наличием умеренной силы корреляционной связи между этими доменами КЖ.

3. В процессе реабилитации в течение 3—4 нед после ЛХЭ отмечается достоверная значительная положительная динамика параметров КЖ с почти полным восстановлением при сравнении с группой здоровых. В наибольшей степени отмечается прирост параметров ролевого физического и социального функционирования, общего здоровья в сочетании со снижением восприятия боли.

4. Изучение КЖ больных ЖКБ, перенесших ЛХЭ, является достаточно информативным и чувстви-

тельным методом оценки как исходного состояния пациента, так и динамики в процессе реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадвани, С.А. Желчнокаменная болезнь / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутко, М.И. Прудков.—М.: Издат. дом «Видар-М», 2000.—144 с.
2. Малков, И.С. Эндохирургические вмешательства при острых заболеваниях органов брюшной полости: практическое руководство / И.С. Малков, Р.Ш. Шаймарданов, И.А. Ким // Эндохирургия Татарстана.—1996.
3. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова.—СПб.: Издат. дом «Нева», 2002.—320 с.
4. Чикина, С.Ю. Внелабораторная оценка одышки и функционального статуса при бронхолегочной патологии: (обзор литературы) / С.Ю. Чикина // Пульмонология.—2004.—№ 5.—С.98—108.