

УДК 615.8:618.13.-003.9

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАВШИХ ФИЗИОТЕРАПИЮ
В РАННИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА**

Г.В. Белов, М.Дж. Ибрагимова, Д.Ю. Уметалиева

Изучено влияние физиотерапевтических процедур, назначенных в раннем восстановительном периоде после лапаротомических операций, на качество жизни больных. Показано, что реабилитационный комплекс приводит к улучшению физических, эмоциональных и психических составляющих качества жизни.

Ключевые слова: физиотерапия; качество жизни; ранний восстановительный период.

**QUALITY OF LIFE OF WOMEN RECEIVING PHYSIOTHERAPY IN THE EARLY
RECOVERY PERIOD AFTER LAPAROTOMY OPERATION ON PELVIC ORGANS**

G. V. Belov, M. J. Ibragimova, D. Yu. Umetalieva

The authors examined the effects of physical therapy administered in the early recovery period after laparotomy operations on the patients' quality of life. It is shown that the rehabilitation action leads to improvement of physical, emotional and mental components of life quality.

Key words: physical therapy; quality of life; early recovery period.

Для многих привычно, что физиотерапевтические процедуры применяются в основном на санаторно-курортном этапе реабилитации. Однако реабилитационный потенциал органов и систем в отдаленном восстановительном периоде ниже, чем в раннем [1]. В последние десятилетия появились эффективные портативные аппараты, которые можно использовать у постели больного на ранних этапах реабилитации, в том числе в стационарах хирургического профиля, в первые дни после операции [2]. Применяются физиопроцедуры, которые не являются нагрузочными, но обладают обезболивающим, регенераторным и противовоспалительным эффектом, способствуют нормализации гемокоагуляции и тонуса сосудов.

В то же время приходится видеть много критических статей по поводу малой доказательности физиотерапии [3]. С одной стороны, с авторами можно поспорить, так как используются подходы доказательности, предложенные фармакотерапевтами, стоящими на защите финансовых интересов фармацевтических фирм. Мы уже не раз выступали в защиту доказательности физиотерапии и других немедикаментозных методов лечения [4, 5]. С другой стороны, надо признать, что новые физиотерапевтические технологии действительно нуж-

даются в более качественном обосновании раннего применения, как, впрочем, и методы оценки эффективности такого лечения. Рандомизированные сравнительные исследования по применению физиотерапии в ранний восстановительный период после большой хирургии пока единичные [6–9].

При больших операциях на брюшной полости и малом тазу нередкими осложнениями являются послеоперационный парез кишечника (ППК), спаянная болезнь, послеоперационные грыжи [10]. Патогенетической основой развития осложнений является тяжесть основного заболевания, наличие фоновых заболеваний, действие наркоза, функциональная недостаточность оперированного органа и системы, особенно при элективных операциях, операционный стресс [11]. Ранняя диагностика, профилактика и лечение ППК требуют дальнейшего изучения. В частности, требует научного обоснования возможность применения физиотерапевтических процедур в раннем восстановительном периоде, в отношении эффективности которых существуют разные мнения. В настоящее время в восстановительной медицине при использовании реабилитационного комплекса, состоящего из нескольких процедур, особое значение придают методам контроля эффективности лечения [12]. В от-

даленном послеоперационном периоде конечными точками оценки эффективности лечения является показатели качества жизни (КЖ) [13, 14].

Цель работы – изучить изменения показателей качества жизни в ранний и отдаленный послеоперационный периоды и оценить эффективность применения КВЧ-пунктуры и массажа импульсными низкоинтенсивными электростатическими полями для ранней профилактики осложнений после обширных абдоминальных и гинекологических операций.

Дизайн исследования. Исследованы 85 женщин, перенесших лапаротомические операции в гинекологическом отделении Национального хирургического центра и в городском родильном доме № 4 г. Бишкека. Возраст женщин был от 16 до 63 лет, в среднем – $36,3 \pm 1,6$ года. Вес колебался от 40 до 95 кг, в среднем – $56,0 \pm 1,2$ кг. Причинами для лапаротомических операций были миомы матки больших размеров, кисты яичников, пиосальпинкс, внематочная беременность, кишечная непроходимость, вентральные грыжи, прерывание беременности при патологии матки и плода. Преобладающей патологией были миома матки и кисты яичника. В 4 из 19 случаев кисты яичника были двусторонние. В 5 случаях наблюдалось сочетание миомы матки с кистой яичника. В двух – трубная беременность сочеталась с кистой яичника. Всего симультантные операции составили 22 %.

В исследование включены лапаротомии с длиной разреза более 8 см, чаще всего по Джозель – Кохену, Пфаннштилю. При лапаротомии длиной менее 8 см в неосложненных случаях реабилитационный комплекс назначался при выписке на 3–4 сутки амбулаторно, что является предметом отдельного сообщения.

Больные были распределены на 2 рандомизированные, сопоставимые по полу, возрасту, тяжести заболевания группы, схожему распределению патологии. В группе сравнения А (n – 32 женщины) физиотерапевтические процедуры не проводились. У каждой пациентки основной группы Б (n = 52) получено информированное согласие на проведение специально разработанного реабилитационного комплекса.

Реабилитационный комплекс включал, кроме ухода за операционной раной, режима и диеты, аналогичными группе сравнения, лазерное облучение операционной раны аппаратом, воздействие низкоинтенсивными импульсными электростатическими полями, рефлексотерапию электромагнитными полями крайне высокой частоты. Использованы портативные физиотерапевтические приборы “Хивамат-200”, “Никель-1”, которыми можно проводить физиопроцедуры у постели

больного в палате интенсивной терапии, перевязочной или в обычной палате [15].

Методы исследования. Оценивалось субъективное и объективное состояние больных до операции на следующий день после операции и в последующие дни после 1-й и 6-й процедур. Для оценки состояния больных и эффективности реабилитации использованы следующие методики:

- субъективная оценка: ощущение вздутия живота, затруднение при отхождении газов и стула, жалобы на тошноту, рвота и т. д.;
- стандартные клиничко-функциональные исследования, УЗИ, рентген и др.;
- оценка качества жизни (КЖ).

Качество жизни оценивалось по общему опроснику здоровья Medical Outcomes Study – Short Form (MOS SF-36), адаптированному к русскоязычным и кыргызскоязычным респондентам и позволяющему оценить физический и психосоциальный компоненты КЖ в баллах (от 0 до 100). Чем выше значение показателя шкалы, тем лучше КЖ. Опрос проводился при поступлении и выписке из стационара, а также спустя 1 год после операции.

Этот опросник содержит 36 вопросов, охватывающих 8 основных характеристик здоровья, касающихся физического функционирования.

Критериями КЖ по SF-36 являются: физическая активность (ФА), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), социальная активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психическое здоровье (ПЗ), сравнение самочувствия с предыдущим годом (СС). Нормативами показателей КЖ служат данные 250 здоровых респондентов Кыргызской Республики.

Статистическая обработка результатов осуществлена с применением прикладных программ “Statistic 6,0”. Различия между сравниваемыми величинами считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Анкетирование больных проведено только перед плановыми операциями, поэтому для получения статистически достаточного ряда показатели КЖ до операции не разделялись по группам, а взяты суммарно. Перед операцией больные оценивали свое здоровье как катастрофическое, все показатели КЖ были ниже критического уровня 60 %, $P < 0,001$ (рисунок 1).

Как видно из диаграммы, больные в последние 4 недели и дни отмечали резкое снижение физических (ФА – до 52,6 баллов, РФ – до 49,3 баллов, ОЗ – до 44,7 баллов), социальных (СА – до 56,0 баллов), эмоциональных (РЭ – до 43,6 баллов,

СС – до 48,2 баллов) и психических (ПЗ – до 52) составляющих своего здоровья. Они в большинстве своем были ограничены в физической активности из-за болей, оцениваемых в 41,1 балла. Пациенты были пассивны в общении, психически подавлены, испытывали резкое беспокойство и страх.

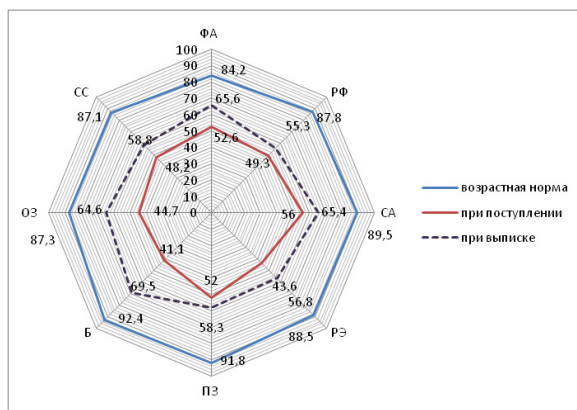


Рисунок 1 – Показатели качества жизни у больных контрольной группы при поступлении и выписке

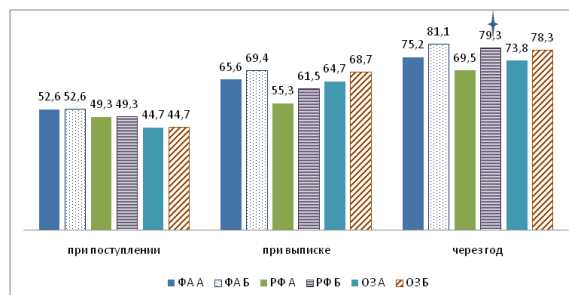
При выписке показатели качества жизни достоверно выросли в как в основной, так и контрольной группе по сравнению с предоперационным периодом на 15–45 % ($P < 0,05$). Прежде всего, уменьшились боли и ограничения, связанные с ними. Улучшились физические (ФА, РФ), эмоциональные (СА, РЭ) составляющие здоровья. Однако больные продолжали неудовлетворительно оценивать общее (ОЗ) и психическое (ПЗ) здоровье.

При сравнении показателей КЖ в группе Б, получавших физиопроцедуры в ранний восстановительный период, и группе сравнения (группа А) по всем показателям КЖ выявлена тенденция к лучшей динамике при использовании разработанного реабилитационного комплекса. Однако статистически достоверным было различие только показателей РЭ и ПЗ ($P < 0,05$). Пациенты, получавшие физиопроцедуры, чувствовали себя более спокойными, были более общительными.

Спустя год признаки спаечной болезни отмечены у 2 больных основной группы и 4 больных группы сравнения. Визуально послеоперационные рубцы в основном были мягкими, не выступающими над поверхностью брюшной стенки. Однако у 3 больных контрольной группы, не получавших физиопроцедуры в ранний восстановительный период, позднее образовались грубые плотные рубцы, возвышающиеся над поверхностью кожи. Боли в животе через год после операции отмечались у 4 % больных основной группы и 16 % больных группы сравнения. Такая же разница отмечалась

при пальпации органов брюшной полости (у 14 % – основной группы и у 23 % – группы сравнения).

Все показатели качества жизни через год после проведенной операции достоверно улучшились по сравнению с таковыми при выписке ($P < 0,05$), хотя возрастной нормы не достигали. При сравнении показателей качества жизни у больных основной группы, получавших разработанный реабилитационный комплекс, все составляющие КЖ были более высокими, нежели у больных контрольной группы.



Примечание: звездочка здесь и далее – критерий различий с контрольной группой, $p < 0,005$.

Рисунок 2 – Динамика физических параметров качества жизни у больных основной и контрольной групп в ранний и поздний восстановительный период

Если рассматривать составляющие КЖ отдельно, то физические составляющие (рисунок 2) в основной группе почти достигли возрастной нормы. В контрольной группе спустя год после операции все показатели физических составляющих не нормализовались, сдвиги составляли от -20,7 до -11,2 %, от возрастной нормы, причем показатель РФ был также достоверно ниже, чем в основной группе, что доказывает эффективность проведенного раннего восстановительного лечения.

Показатели социальных, эмоциональных и психических составляющих КЖ также выросли за год в обеих группах, однако в основной группе более значительно (рисунок 3). При этом показатель ПЗ не отличался от возрастной нормы, а показатель социальной активности был ниже в группе А на -16,3 %, а в группе Б на -13,0 %. Показатель РЭ также был ниже возрастной нормы в группе А на -20,2 %, а в группе Б – на -14,5 %. Различия между группой А и Б не достоверно, $P > 0,05$. Следует обратить внимание, что при выписке различие между показателями РЭ и ПЗ в основной и контрольной группах было достоверным, $P < 0,05$. По всей видимости, тогда имел место плацебо-эффект, больные эмоционально и психически более позитивно реагировали на дополнительную заботу.

То, что не все физические, социальные, психические и эмоциональные составляющие КЖ

через год после операции пришли в норму, можно объяснить тем, что проведенные у больных резекционные операции (гистерэктомия, удаление яичников и маточных труб) требуют вторичной профилактики, некоторых ограничений в диете и режиме, что ограничивают их физические, социальные, сексуальные и эмоциональные запросы. Это естественно. В то же время надо отметить значительный рост этих показателей по сравнению с исходным уровнем при поступлении в стационар.

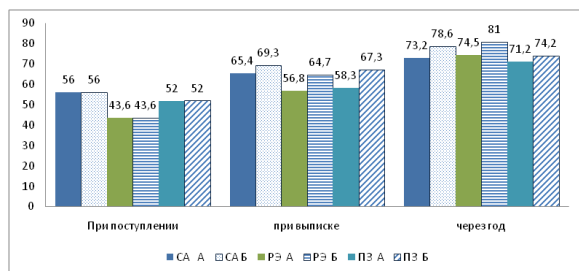


Рисунок 3 – Динамика социальных, эмоциональных и психических составляющих КЖ у больных основной и контрольной группы в ранний и поздний восстановительный период

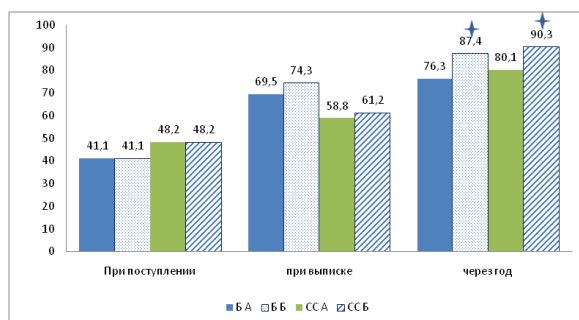


Рисунок 4 – Динамика болевого синдрома и оценки состояния в сравнении с предыдущим годом у больных основной и контрольной групп в ранний и поздний восстановительный период

При исследовании качества жизни выявлены также различия в оценке больными болевого синдрома и сравнения самочувствия с предыдущим годом (рисунок 4). Так, в основной группе показатель Б не только пришел к возрастной норме, но и несколько превысил ее (на + 1,3 %, $p > 0,05$), достоверно отличаясь от контрольной группы (-10,4 %). Это очень важный момент, так как боль не только показатель неполного выздоровления, но и причина новых психических и соматических заболеваний. За год произошел существенный рост показателя СС, и это естественно вытекает из сущности самого показателя, в то же время надо отметить, что в основной группе он вырос более существенно (разница 6,7 %).

Таким образом, разработанный реабилитационный комплекс, примененный в ранний восстановительный период после лапаротомических операций у женщин, приводит в дальнейшем к улучшению физических, эмоциональных и психических составляющих качества жизни.

Литература

1. Учебник по восстановительной медицине / под ред. А.Н. Разумова, И.П. Бобровницкого, А.М. Василенко. М., 2009. 640 с.
2. *Портнов В.В.* Современные технологии физиотерапии / В.В. Портнов // Роль современной физиоаппаратуры и фитотерапии в комплексных программах лечения; под ред. Г.В. Белова, Ю.К. Уметалиева. Бишкек, 2008. С. 8–30.
3. Does physiotherapist-guided pelvic floor muscle training increase the quality of life in patients after radical prostatectomy? A randomized clinical study / Nilssen S.R., Morkved S., Overgard M., Lydersen S., Angelsen A. // Scand J Urol Nephrol. 2012. Dec; 46 (6):397–404.
4. *Белов Г.В.* Физиологические и патофизиологические основы применения физиотерапевтических методик в ранний реабилитационный период / Г.В. Белов, А.К. Тюлюлюева // Медицина Кыргызстана. 2010. № 5. С. 29–30.
5. *Белов Г.В.* Доказательность использования физиотерапевтических методов в комплексной реабилитации больных / Г.В. Белов // Медицина Кыргызстана. 2007. № 4. С. 26–29.
6. Randomised clinical trial of physiotherapy after open abdominal surgery in high risk patients / Mackay M.R., Ellis E., Johnston C. // Aust J Physiother. 2005; 51 (3): 151–9.
7. *Уметалиев Ю.К.* Использование импульсного низкочастотного электростатического поля в восстановительном периоде после обширных операций на брюшной полости / Ю.К. Уметалиев, Г.В. Белов // Медицина Кыргызстана. 2009. № 1. С. 35.
8. *Jhanji S., Pearse R.M.* The use of early intervention to prevent postoperative complications // Curr Opin Crit Care. 2009; 15 (4):349–354.
9. Effects of physiotherapy on pain and functional activities after cesarean delivery / Citak Karakaya I., Yiksel I., Akbayrak T. et al. // Arch Gynecol Obstet. 2012 Mar; 285(3):621–7.
10. Complication of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age / Dicker R., Greenspan J., Strauss et al. // Am. J. Obstet. Gynec. 1998. Vol. 144. P. 481.
11. *Kehlet H.* Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth. 1997; 78 (5):606–617.

12. A randomized comparison of post-operative pain, quality of life, and physical performance during the first 6 weeks after abdominal or vaginal surgical correction of descensus uteri / Roovers J., van der Bom J.G., van der Vaart C.H. et al. // *Neurourol. Urodyn.* 2005. Vol. 24. № 4. P. 334–40.
13. В.И. Евдокимов. Изучение качества жизни в гинекологии (Обзор) / В.И. Евдокимов, Г.А. Ломанова // *Вестник психотерапии.* 2007. Т. 29. № 24. С. 69–73.
14. Тер-Овакмян А.Э. Качество жизни больных после лапароскопического лечения при апоплексии яичника и разрывах доброкачественных кист яичников / А.Э. Тер-Овакмян, О.С. Элибекова // *Естественные и технические науки.* 2008. № 5. С. 101–105.
15. Массажная система Nivamat-200 фирмы “Физиомед”. Основное применение: дренажная терапия, спортивная физиотерапия, лечение заболеваний дыхательных путей и другое. Минск, 1999. 12 с.