

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

Аннотация. Разработан новый малоинвазивный косой параректальный мини-доступ к куполу слепой кишки при остром аппендиците. Изучено качество жизни пациентов после операции аппендэктомии из мини-доступа и традиционного доступа после операции, через один, три, шесть месяцев и один год после операции с помощью опросника SF-36. Показано улучшение качества жизни пациентов после малоинвазивной операции.

Ключевые слова: качество жизни, мини-доступ, аппендэктомия.

Abstract. It is developed new low invasive slanting pararectal mini-access to a dome of a blind gut at an acute appendicitis. Quality of a life of patients after operation appendectomy from mini-access and traditional access after operation, in 1 month, 3 months, 6 months and 1 year after operation by means of questionnaire SF-36 is studied. Improvement of quality of a life of patients after low invasive is shown operation.

Keywords: quality of a life, mini-access, appendectomy.

Введение

Имеющиеся публикации по данной теме посвящены прежде всего рассмотрению вопросов диагностики, оперативному лечению, а также оценке клинических результатов и эффективности хирургического вмешательства. До настоящего времени эффективность хирургических вмешательств оценивалась по таким показателям, как летальность, частота осложнений, продолжительность пребывания больного в стационаре, а также по результатам лабораторных методов исследования. Почти нет сообщений о психосоциальных последствиях оперативного лечения, изменениях восприятия больным своего здоровья, способности функционировать в физическом смысле [1, 2].

Одним из критериев эффективности лечения является качество жизни (КЖ) – это показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанный на субъективном восприятии своего состояния.

Для оценки КЖ используются различного вида опросники, которые делятся на общие, специализированные (для конкретного заболевания) и частные (для оценки отдельных параметров КЖ). Специализированные опросники короче, надежность их результатов выше. При использовании общих опросников уменьшается риск пропустить побочные и нежелательные эффекты, все параметры собраны в одном месте [3].

Самым распространенным общим опросником изучения КЖ является MOS SF-36. Он состоит из 36 вопросов и включает восемь шкал, представляющих физический и психологический компоненты здоровья. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 1 до 100. Большее количество баллов соответствует более высокому уровню КЖ [4, 5]. Шкалы объединяются в две группы – по смыслу вопросов. Два полученных суммарных показателя, характеризующих физическое (физическую активность) и психическое (эмоциональное со-

стояние) здоровье, а также интегральный показатель (образованный в результате суммирования показателей физического и психического здоровья), дают представление о состоянии КЖ на фоне заболевания.

Категория «Физическое функционирование – Physical Functioning» (ФФ) определяет возможность выполнения различных физических нагрузок. Категория «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием – Role-Physical Functioning» (РФФ) определяет способность к исполнению типичной для специфического возраста и социальной принадлежности определенной работы (ходьба на работу, сама работа, домашнее хозяйство). Категория «Интенсивность боли – Bodily pain» (ИБ) определяет значение физической боли, которая может стать причиной ограничения обычной активности больного. Категория «Общее состояние здоровья – General Health» (ОЗ) оценивает субъективное восприятие предшествующего, настоящего состояния здоровья и позволяет определить его перспективы. Категория «Жизненная активность – Vitality» (Ж) оценивает ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание энергичных действий. Эти категории представляют физический компонент здоровья.

Категория «Социальное функционирование – Social Functioning» (СФ) отражает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, друзьями, семьей, возможность адекватного профессионального общения. Категория «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – Role-Emotional» (РЭФ) отражает эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, поведение при общении с окружающими. Категория «Психическое здоровье – Mental Health» (ПЗ) отражает наличие невротизации, склонности к депрессивным состояниям, ощущение счастья, умиротворенности, душевного спокойствия. Эти категории представляют психологический компонент здоровья.

Цель исследования: сравнить КЖ пациентов после аппендэктомии из традиционного доступа Волковича – Дьяконова – Мак Бурнея и разработанного нами косого параректального мини-доступа.

1 Материалы и методы исследования

Для уменьшения травматичности в соответствии с принципами максимальной доступности и минимальной инвазивности мы разработали и внедрили косой параректальный мини-доступ при операциях по поводу острого аппендицита (Патент № 2346658 РФ). В исследование вошли 90 пациентов, оперированных в МКУЗ МСЧ НЯ НПЗ г. Ярославля по поводу острого аппендицита за период с 2003 по 2008 гг. В основной группе у 45 пациентов аппендэктомия выполнялась из разработанного нами косого параректального мини-доступа. Среди них было 42 (93,3 %) женщины и трое (6,6 %) мужчин, возраст больных от 15 до 39 лет (в среднем $22,2 \pm 0,8$ года). Морфологически подтвержденный диагноз: флегмонозный аппендицит в 34 (75,6 %) случаях, катаральный – в 11 (24,4 %) случаях. В контрольной группе у 45 пациентов аппендэктомия выполнялась из традиционного доступа Волковича – Дьяконова – Мак Бурнея. Среди них были 41 (91,1 %) женщина и четыре (8,9 %) мужчины, возраст больных от 16 до 40 лет (в среднем – $24,1 \pm 1,1$ года). Флегмонозный аппендицит был у 36 (80 %) пациентов, катаральный – у 9 (20 %) пациентов. Обезболивание в раннем послеоперационном периоде

проводилось нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Длительность заболевания – не более 24 ч, индекс массы тела – не более 26.

КЖ изучали с помощью опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey). КЖ оценивали в пяти моментах времени: в ближайшем послеоперационном периоде (до момента выписки пациента из стационара), через один, три, шесть месяцев после операции и через один год после операции.

В ближайшем послеоперационном периоде пациенты собственноручно отвечали на вопросы опросника MOS SF-36, в остальные моменты времени опросник рассылался по почте или проводился активный патронаж пациентов.

При обработке результатов исследования использовали расчет средней арифметической величины (M), стандартной ошибки среднего (m) и стандартного отклонения ($StdDv$). Нормальность распределения признака определяли по одновыборочному тесту Колмогорова – Смирнова. Оценка достоверности различий между средними величинами и показателями осуществлялась по критерию Стьюдента (при нормальном распределении признака). При отсутствии нормального распределения признака оценку достоверности различий в независимых выборках осуществляли по непараметрическому тесту Манна-Уитни. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05. Для статистической обработки данных применялась компьютерная программа компании «StatSoft» – Statistica 6.0.

2 Результаты и обсуждение исследования

Первоначально нами был проведен анализ КЖ пациентов с острым аппендицитом, прооперированных из мини-доступа и из традиционного доступа Волковича – Дьяконова – Мак Бурнея, на этапе стационарного лечения до выписки из стационара.

Результаты исследования КЖ после операции на этапе стационарного лечения и статистическая обработка представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, КЖ пациентов основной группы, прооперированных из мини-доступа, было повышено по всем категориям опросника. Наиболее значимыми эти различия были в категориях, отражающих физический компонент здоровья. Показатель ФФ был больше на 19 баллов по сравнению с контрольной группой. Максимальную физическую активность отметили 10 (22,2 %) пациентов, в контрольной группе – один (2,2 %) пациент. Минимальные значения в основной группе один пациент отметил 30 баллов, в контрольной группе минимальное значение 0 баллов отметил один пациент. Различия в категории ФФ статистически значимы. В категории РФФ 30 (66,7 %) пациентов дали максимальный ответ в 100 баллов, в контрольной группе – 14 (31,1 %) пациентов отметили максимальный результат. Минимальный ответ в 0 баллов в основной группе дали три (6,7 %) пациента, в контрольной группе 14 (31,1 %) пациентов дали минимальный ответ в 0 баллов. Различия в категории РФФ статистически значимы. В категории ИБ результаты в основной группе превышали результаты в контрольной группе на 16 баллов и были статистически значимы. В категории ОЗ абсолютные средние значения были выше, чем в контрольной группе, но различия статистически не значимы. В то же время статистически значимые различия в категории «жизненная активность» говорят о более ранней активизации больных после операции из

мини-доступа. В категории СФ результаты в основной группе значительно превышали показатели в контрольной группе на 10 баллов и были статистически значимы. В категориях РЭФ и ПЗ показатели в основной группе были выше, чем в контрольной группе, статистически на уровне наблюдаемой тенденции.

Таблица 1

Качество жизни пациентов после операции
из мини-доступа и традиционного доступа

Категория опросника	Мини-доступ, $M \pm m$, $n = 45$	Традиционный доступ, $M \pm m$, $n = 45$	Тест	Уровень значимости, p
Физическое функционирование (ФФ)	$83,6 \pm 2,6$ $StdDv = 17,3$ $p < 0,05^{***}$	$64,6 \pm 3,6$ $StdDv = 24,3$ $p > 0,05^{***}$	$U = 521^*$	0,000073
Ролевое функционирование (РФФ)	$78,9 \pm 4,7$ $Std = 31,5$ $p < 0,01^{***}$	$53,9 \pm 6,1$ $Std = 40,9$ $p < 0,05^{***}$	$U = 651,5^*$	0,003578
Интенсивность боли (ИБ)	$69,2 \pm 3,6$ $StdDv = 24,3$ $p < 0,2^{***}$	$53,2 \pm 4$ $StdDv = 27,1$ $p > 0,05^{***}$	$T = 2,961^{**}$	0,003940
Общее состояние здоровья (ОЗ)	$72 \pm 1,9$ $StdDv = 12,8$ $p > 0,05^{***}$	$69,5 \pm 2,4$ $StdDv = 15,8$ $p > 0,05^{***}$	$T = 0,813^{**}$	0,418598
Жизненная активность (Ж)	$64,7 \pm 2,5$ $StdDv = 16,6$ $p > 0,05^{***}$	$57,1 \pm 2,5$ $StdDv = 16,5$ $p > 0,05^{***}$	$T = 2,161^{**}$	0,033377
Социальное функционирование (СФ)	$82,5 \pm 2,6$ $StdDv = 17,4$ $p < 0,01^{***}$	$72,2 \pm 3$ $StdDv = 20,1$ $p > 0,05^{***}$	$U = 715^*$	0,016363
Эмоциональный статус (РЭФ)	$71,8 \pm 5,4$ $StdDv = 36,2$ $p < 0,01^{***}$	$60,7 \pm 5,8$ $StdDv = 39,1$ $p < 0,01^{***}$	$U = 843,5^*$	0,172638
Психическое здоровье (ПЗ)	$68,3 \pm 2,1$ $StdDv = 14,4$ $p < 0,15^{***}$	$63,3 \pm 2,4$ $StdDv = 16,4$ $p > 0,05^{***}$	$T = 1,529^{**}$	0,129819

* Тест Манна-Уитни. ** Двухвыборочный тест Стьюдента. *** Одновыборочный тест Колмогорова – Смирнова.

Более высокие показатели КЖ у пациентов с острым аппендицитом, прооперированных из мини-доступа, на этапе стационарного лечения свидетельствуют о меньшей травматичности операции, более быстрой активизации и реабилитации больных.

Из приведенных выше доказательств следует вывод, что проведение минимальноинвазивных операций сопровождается менее агрессивной хирургической травмой, а вызываемые изменения основных функций жизнедеятельности организма выражены в значительно меньшей степени по сравнению с традиционным вмешательством.

В дальнейшем мы продолжили изучение КЖ у пациентов во времени. Следующим промежутком для исследования мы выбрали один месяц после

операции. Это период, когда большинство пациентов заканчивают амбулаторное лечение и приступают к выполнению своих обычных обязанностей.

Результаты исследования КЖ через один месяц после операции и статистическая обработка представлены в табл. 2.

Таблица 2

Качество жизни пациентов через один месяц
после операции из мини-доступа и традиционного доступа

Категория опросника	Мини-доступ, $M \pm m, n = 45$	Традиционный доступ, $M \pm m,$ $n = 45$	Тест	Уровень значимости, p
Физическое функционирование (ФФ)	$94,1 \pm 1,2$ $StdDv = 8,2$ $p < 0,01^{***}$	$81,9 \pm 3$ $StdDv = 20$ $p < 0,05^{***}$	$U = 568^*$	0,000534
Ролевое функционирование (РФФ)	$81,7 \pm 4,4$ $StdDv = 29,4$ $p < 0,01^{***}$	$56,1 \pm 6$ $StdDv = 39,9$ $p < 0,05^{***}$	$U = 636,5^*$	0,003722
Интенсивность боли (ИБ)	$74,5 \pm 3,5$ $StdDv = 23,1$ $p < 0,1^{***}$	$65,4 \pm 3$ $StdDv = 20$ $p > 0,05^{***}$	$T = 1,958^{**}$	0,053465
Общее состояние здоровья (ОЗ)	$71,2 \pm 2,3$ $StdDv = 15,4$ $p < 0,2^{***}$	$69,4 \pm 2,2$ $StdDv = 14,5$ $p > 0,05^{***}$	$T = 0,675^{**}$	0,501541
Жизненная активность (Ж)	$65,9 \pm 2,2$ $Std = 14,7$ $p < 0,2^{***}$	$56,8 \pm 2,6$ $Std = 17,3$ $p < 0,15^{***}$	$T = 2,65^{**}$	0,009548
Социальное функционирование (СФ)	$84,4 \pm 2,6$ $StdDv = 17,5$ $p < 0,01^{***}$	$76,9 \pm 2,3$ $StdDv = 15,8$ $p < 0,15^{***}$	$U = 722^*$	0,027862
Эмоциональный статус (РЭФ)	$80,7 \pm 3,9$ $StdDv = 26,1$ $p < 0,01^{***}$	$64,4 \pm 5$ $StdDv = 33,6$ $p < 0,01^{***}$	$U = 744,5^*$	0,043948
Психическое здоровье (ПЗ)	$70,4 \pm 2,2$ $StdDv = 14,6$ $p > 0,05^{***}$	$63,6 \pm 2,6$ $StdDv = 17,3$ $p < 0,15^{***}$	$T = 1,985^{**}$	0,050292

* Тест Манна-Уитни. ** Двухвыборочный тест Стьюдента. *** Одновыборочный тест Колмогорова – Смирнова.

Так же как и на этапе стационарного лечения, КЖ пациентов основной группы, прооперированных из мини-доступа, через один месяц после операции было повышено по всем категориям опросника. При анализе КЖ пациентов через один месяц после оперативного лечения острого аппендицита отмечался рост показателей во всех категориях. В категории ФФ в основной группе 20 (44,4 %) пациентов отметили максимальный результат в 100 баллов, в контрольной группе восемь (17,8 %) пациентов дали максимальный результат. Минимальный ответ 70 баллов в основной группе дали два (4,4 %) пациента, в контрольной группе минимальный результат составил 5 баллов у одного пациента. Различия в категории ФФ статистически значимы. В категории РФФ в основной группе два (4,4 %) пациента, а контрольной – 12 (26,7 %) пациентов дали минимальный ответ в 0 баллов. Различия в категории РФФ

статистически значимы. В категории ИБ средние показатели в основной группе были выше, чем в контрольной, но на уровне наблюдаемой тенденции. Это свидетельствует о том, что через месяц после операции различия в восприятии боли сглаживаются в обеих группах. В категории ОЗ различия минимальны и статистически не значимы. В категории «жизненная активность» различия в сравниваемых группах 9 баллов, статистически значимые. Ранняя реабилитация после аппендэктомии из мини-доступа способствует более высокой жизненной активности. В категориях СФ и ПЗ различия в группах на уровне наблюдаемой тенденции. В категории РЭФ различия около 6 баллов, статистически значимые, что свидетельствует о влиянии выполненной операции из мини-доступа на эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, поведение при общении с окружающими.

Более высокие показатели КЖ у пациентов после операции аппендэктомии из мини-доступа через один месяц после операции свидетельствовали о меньшей травматичности операции и менее выраженном течении воспалительного процесса. Более медленный рост показателей в категории РФФ показал влияние выраженности воспалительного процесса на способность пациентов исполнять типичную для специфического возраста, социальной принадлежности определенную работу (ходьба на работу, непосредственное выполнение работы, домашнее хозяйство).

Приведенные доказательства свидетельствуют о более быстрой реабилитации больных после аппендэктомии из разработанного нами косого параректального мини-доступа.

Временной промежуток в три месяца для исследования КЖ после аппендэктомии был выбран нами потому, что к этому времени происходит полная абсорбция большинства видов шовного материала, используемого во время операции. Влияние шовного материала на воспалительный процесс заканчивается.

Результаты изучения КЖ через три месяца после оперативного лечения острого аппендицита и статистическая обработка представлены в табл. 3.

КЖ пациентов основной группы, прооперированных из мини-доступа, было повышено по всем категориям опросника. В категориях ФФ, ИБ, Ж, СФ и ПЗ различия статистически значимые. Отмечался рост показателей в основной группе в категориях РФФ, ИБ, СФ и ПЗ. В контрольной группе рост показателей также имел место, но менее выражен. К росту показателей в категориях физического компонента в основной группе присоединился рост значений в категориях психологического компонента. Неожиданно показатели в категории ПЗ значительно превысили показатели в контрольной группе 14 баллов. В категории СФ 32 (71,1 %) пациента дали максимальный результат, в контрольной группе – 11 (24,4 %) пациентов. В категории РЭФ в основной группе минимальное влияние эмоциональных проблем на повседневные занятия и поведение при общении с окружающими отметили 32 (71,1 %) пациентов, в контрольной группе – 21 (46,7 %) пациент. В категориях ФФ и РФФ результаты в основной группе приближались к максимальным значениям, в контрольной группе продолжалось влияние оперативного лечения и выраженности воспалительного процесса на физический компонент КЖ. Впервые в категории ОЗ различия стали статистически значимы.

Более высокие показатели КЖ у пациентов после аппендэктомии из мини-доступа через три месяца после операции свидетельствовали о мини-

мальной травматичности операции, меньшей выраженности воспалительного процесса. К физическому компоненту КЖ присоединился рост показателей психологического компонента. Пациенты оценили косметический результат оперативного лечения острого аппендицита из мини-доступа. Они были удовлетворены размерами послеоперационного рубца, его внешним видом, расположением на передней брюшной стенке, возможностью прикрывать послеоперационный рубец нижним бельем.

Таблица 3

Качество жизни пациентов через три месяца
после операции из мини-доступа и традиционного доступа

Категория опросника	Мини-доступ, $M \pm m, n = 45$	Традиционный доступ, $M \pm m,$ $n = 45$	Тест	Уровень значимости, p
Физическое функционирование (ФФ)	$94,6 \pm 2,2$ $StdDv = 14,5$ $p < 0,01^{***}$	$81,4 \pm 4$ $StdDv = 27,1$ $p < 0,01^{***}$	$U = 564^*$	0,000295
Ролевое функционирование (РФФ)	$92,2 \pm 2,8$ $StdDv = 19,1$ $p < 0,01^{***}$	$83,9 \pm 3,9$ $StdDv = 26,2$ $p < 0,01^{***}$	$U = 824^*$	0,128226
Интенсивность боли (ИБ)	$85,1 \pm 3,1$ $StdDv = 20,8$ $p < 0,01^{***}$	$71,3 \pm 3,4$ $StdDv = 22,5$ $p < 0,15^{***}$	$U = 661,5^*$	0,004619
Общее состояние здоровья (ОЗ)	$73 \pm 2,1$ $StdDv = 14,2$ $p > 0,05^{***}$	$66 \pm 2,2$ $StdDv = 14,5$ $p < 0,1^{***}$	$T = 2,299^{**}$	0,023874
Жизненная активность (Ж)	$69,7 \pm 2$ $StdDv = 13,2$ $p < 0,2^{***}$	$55,4 \pm 2,4$ $StdDv = 16,3$ $p < 0,1^{***}$	$T = 4,542^{**}$	0,000018
Социальное функционирование (СФ)	$92,2 \pm 2,1$ $StdDv = 13,9$ $p < 0,01^{***}$	$76,7 \pm 2,7$ $StdDv = 18,2$ $p < 0,01^{***}$	$U = 533,5^*$	0,000111
Эмоциональный статус (РЭФ)	$87,4 \pm 3,2$ $StdDv = 21,7$ $p < 0,01^{***}$	$71,8 \pm 4,5$ $StdDv = 30,1$ $p < 0,01^{***}$	$U = 736^*$	0,025664
Психическое здоровье (ПЗ)	$72,2 \pm 2$ $StdDv = 13,6$ $p > 0,05^{***}$	$58,1 \pm 2,5$ $StdDv = 16,7$ $p < 0,15^{***}$	$T = 4,372^{**}$	0,000034

* Тест Манна-Уитни. ** Двухвыборочный тест Стьюдента. *** Одновыборочный тест Колмогорова – Смирнова.

На следующем этапе нами было изучено КЖ пациентов с острым аппендицитом, прооперированных из мини-доступа и традиционного доступа через шесть месяцев после хирургического лечения. Мы считали, что к этому времени должно произойти максимальное сближение показателей КЖ во всех категориях.

Результаты изучения КЖ через шесть месяцев после оперативного лечения острого аппендицита и статистическая обработка представлены в табл. 4.

Результаты сравнительного анализа демонстрируют следующие закономерности. К стабильному уровню КЖ после аппендэктомии из мини-

доступа стали приближаться средние абсолютные значения КЖ после аппендэктомии из традиционного доступа Волковича – Дьяконова – Мак Бурнея. Отмечалось сближение показателей в категории РФФ, ОЗ и СФ, различия в этих категориях статистически не значимы. На ФФ продолжалось влияние способа выполненной операции, больные в контрольной группе отмечали снижение выполнения физических нагрузок из-за неприятных ощущений в области хирургического вмешательства. Жизненная активность у пациентов после операции из мини-доступа на 12 баллов превышала средние показатели в контрольной группе.

Таблица 4

Качество жизни пациентов через шесть месяцев
после операции из мини-доступа и традиционного доступа

Категория опросника	Мини-доступ, $M \pm m, n = 45$	Традиционный доступ, $M \pm m,$ $n = 45$	Тест	Уровень значимости, p
Физическое функционирование (ФФ)	$96,1 \pm 0,8$ $StdDv = 5,5$ $p < 0,01^{***}$	$89,1 \pm 2,6$ $StdDv = 17,2$ $p < 0,01^{***}$	$U = 679,5^*$	0,007206
Ролевое функционирование (РФФ)	$92,8 \pm 2,8$ $StdDv = 18,9$ $p < 0,01^{***}$	$87,2 \pm 3,7$ $StdDv = 24,8$ $p < 0,01^{***}$	$U = 904^*$	0,381269
Интенсивность боли (ИБ)	$84,6 \pm 3,1$ $StdDv = 20,8$ $p < 0,01$	$75,3 \pm 3,3$ $StdDv = 22,3$ $p < 0,1$	$U = 760^*$	0,041591
Общее состояние здоровья (ОЗ)	$73,1 \pm 2$ $StdDv = 13,7$ $p < 0,1^{***}$	$69,6 \pm 2,2$ $StdDv = 14,8$ $p < 0,15^{***}$	$T = 1,154^{**}$	0,251495
Жизненная активность (Ж)	$69,9 \pm 2,1$ $StdDv = 14,2$ $p < 0,1^{***}$	$57,3 \pm 2,5$ $StdDv = 16,7$ $p < 0,1^{***}$	$T = 3,84^{**}$	0,000230
Социальное функционирование (СФ)	$91,4 \pm 2,1$ $StdDv = 14,1$ $p < 0,01^{***}$	$78,1 \pm 2,8$ $StdDv = 19,1$ $p < 0,01^{***}$	$U = 620^*$	0,001538
Эмоциональный статус (РЭФ)	$86,7 \pm 4$ $StdDv = 27$ $p < 0,01^{***}$	$75,6 \pm 4,7$ $StdDv = 31,3$ $p < 0,01^{***}$	$U = 819^*$	0,118410
Психическое здоровье (ПЗ)	$71,5 \pm 2,3$ $StdDv = 15,6$ $p < 0,2^{***}$	$59,4 \pm 2,5$ $StdDv = 16,9$ $p < 0,05^{***}$	$U = 630^*$	0,002024

* Тест Манна-Уитни. ** Двухвыборочный тест Стьюдента. *** Одновыборочный тест Колмогорова – Смирнова.

Сближение средних абсолютных значений КЖ в основной и контрольной группах через шесть месяцев после операции свидетельствовало о более позднем восстановительном периоде после аппендэктомии из традиционного доступа. Только к этому времени уменьшилось влияние воспалительного процесса на физический компонент КЖ. Несмотря на рост показателей в контрольной группе в категориях опросника, относящихся к психологическому компоненту здоровья, различия оставались существенными, что обусловлено косметическим результатом лечения.

Следующим этапом изучения КЖ стал временной промежуток через один год после операции. Нами было проанализировано КЖ пациентов в отдаленном послеоперационном периоде после операции аппендэктомии из мини-доступа и традиционного доступа Волковича – Дьяконова – Мак Бурнея.

Результаты изучения КЖ через один год после оперативного лечения острого аппендицита и статистическая обработка представлены в табл. 5.

Таблица 5

Качество жизни пациентов через один год
после операции из мини-доступа и традиционного доступа

Категория опросника	Мини-доступ, $M \pm m, n = 45$	Традиционный доступ, $M \pm m,$ $n = 45$	Тест	Уровень значимости, p
Физическое функционирование (ФФ)	$95,8 \pm 0,9$ $StdDv = 6,3$ $p < 0,01^{***}$	$93,3 \pm 1,1$ $StdDv = 7,1$ $p < 0,05^{***}$	$U = 759,5^*$	0,041189
Ролевое функционирование (РФФ)	$83,9 \pm 4$ $StdDv = 26,7$ $p < 0,01^{***}$	$85,6 \pm 3,9$ $StdDv = 25,8$ $p < 0,01^{***}$	$U = 973,5^*$	0,752976
Интенсивность боли (ИБ)	$78,4 \pm 3,1$ $StdDv = 20,5$ $p < 0,1^{***}$	$77,2 \pm 3,4$ $StdDv = 22,5$ $p < 0,05^{***}$	$U = 985^*$	0,824379
Общее состояние здоровья (ОЗ)	$65,3 \pm 2,7$ $StdDv = 18,4$ $p > 0,05^{***}$	$71,9 \pm 2,1$ $StdDv = 14$ $p < 0,2^{***}$	$T = 1,922^{**}$	0,057839
Жизненная активность (Ж)	$68,2 \pm 2,5$ $StdDv = 17$ $p > 0,05^{***}$	$58,2 \pm 2,6$ $StdDv = 17,5$ $p < 0,05^{***}$	$U = 731,5^*$	0,023355
Социальное функционирование (СФ)	$87,5 \pm 2,4$ $StdDv = 16,4$ $p < 0,01^{***}$	$81,4 \pm 3$ $StdDv = 20,4$ $p < 0,05^{***}$	$U = 842^*$	0,168859
Эмоциональный статус (РЭФ)	$81,5 \pm 4,6$ $StdDv = 30,6$ $p < 0,01^{***}$	$81,5 \pm 3,9$ $StdDv = 26,2$ $p < 0,01^{***}$	$U = 968,5^*$	0,722540
Психическое здоровье (ПЗ)	$70,4 \pm 2,6$ $StdDv = 17,5$ $p > 0,05^{***}$	$61,8 \pm 2,4$ $StdDv = 16,1$ $p < 0,1^{***}$	$T = 2,435^{**}$	0,016920

* Тест Манна-Уитни. ** Двухвыборочный тест Стьюдента. *** Одновыборочный тест Колмогорова – Смирнова.

Результаты исследования КЖ через один год после операции аппендэктомии показывают статистически значимые различия в категориях ФФ, Ж и ПЗ. Данные свидетельствуют об относительном сближении абсолютных значений в основной и контрольной группах. В категории ФФ сохраняется влияние способа оперативного лечения острого аппендицита на возможность выполнения различных физических нагрузок. В категории РЭФ абсолютные значения идентичны, что свидетельствует об отсутствии влияния способа операции на эмоциональное функционирование. В категориях ОЗ и СФ различия на уровне наблюдаемой тенденции. Остаются статистически значимые отличия в категории ПЗ, из чего можно сделать вывод о продолжительном

влиянии способа оперативного лечения и полученных косметических результатов после операции на психическое здоровье пациентов.

Заключение

Таким образом, КЖ пациентов, прооперированных по поводу острого аппендицита из разработанного нами косо-параректального мини-доступа, по сравнению с традиционным доступом Волковича – Дьяконова – Мак Бурнея, выше в ближайшем послеоперационном периоде и в первые месяцы после операции. Мини-доступ обладает косметическим эффектом, способствует снижению травматичности операции, более быстрой реабилитации больных.

Список литературы

1. **Бонштейн, А. С.** Валеология: конкретизация понятий «здоровье», «болезнь» / А. С. Бонштейн, В. Л. Ривкин // Международный мед. журнал. – 2001. – № 5. – С. 393–394.
2. **Новик, А. А.** Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.
3. **Fitzpatrick, R.** Quality of life measure in health care / R. Fitzpatrick, A. Fletcher, Sh. Core [et al.] // BMJ. – 1992. – V. 305. – P. 1074–1148.
4. **Shlenk, E.** Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36 / E. Shlenk, J. Erlen, J. Dunbar-Jacob [et al.] // Qual Life Res. – 1998. – V. 7. – P. 57–65.
5. **Ware, J.** The MOS 36-item short form health survey: conceptual framework and item selection / J. Ware, C. Sherbourne. – Medical care. – 1992. – V. 30. – P. 473–483.

Фомин Сергей Александрович

врач-хирург, хирургическое отделение,
Медсанчасть Новоярославского
нефтеперерабатывающего завода,
кафедра факультетской хирургии,
Ярославская государственная
медицинская академия

E-mail: Hirurg-Fomin@yandex.ru

Fomin Sergey Alexandrovich

Surgeon, surgery department,
clinic under the Novo-Yaroslavl petroleum
refinery, sub-department of basic surgery,
Yaroslavl State Medical Academy

УДК 616.346.2 – 089.87+577

Фомин, С. А.

Особенности изменения качества жизни пациентов после аппендэктомии из мини-доступа / С. А. Фомин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2009. – № 3 (11). – С. 90–99.