

12. Bater M., Ramchandani P., Brennan P. Post-traumatic eye observations // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2005; 43 (5): 410–6.
13. Cole P., Boyd V., Banerji S. Comprehensive management of orbital fractures // Plast. Reconstr. Surg. – 2007; 120 (7): 57–63.
14. Klenk G., Kovacs A. Etiology and patterns of facial fractures in the United Arab Emirates. // J. Craniofac. Surg. – 2003; 4 (1): 78–84.
15. Kreidl K., Kim D., Mansour S. Prevalence of significant intraocular sequelae in blunt orbital trauma // Amer. J. Emerg. Med. – 2003; 21 (7): 525–8.
16. Nam S., Bae Y., Moon J. Analysis of the postoperative outcome in 405 cases of orbital fracture using 2 synthetic orbital implants // Ann. Plast. Surg. – 2006; 56 (3): 263–7.
17. Renzi G., Carboni A., Perugini M. et al. Posttraumatic trigeminal nerve impairment: a prospective analysis of recovery patterns in a series of 103 consecutive facial fractures // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2004; 62 (11): 1341–6.
18. Siritongtaworn P., Tongasawas S., Siltharm S. Diplopia in facial fractures // J. Med. Assoc. Thai. – 2001; 84 (2): 491–4.
19. Yavuzer R., Tuncer S., Basterzi Y. et al. Reconstruction of orbital floor fracture using solvent-preserved bone graft // Plast. Reconstr. Surg. – 2004; 113 (1): 34–44.

COMPLICATIONS OF MIDFACIAL FRACTURES AS A FACTOR REDUCING QUALITY OF LIFE

Professor **G. Khatskevich**, MD; Professor **S. Karpishchenko**, MD; **M. Solovyev**, Candidate of Medical Sciences; **A. Kurus**
Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

The paper considers different types of midfacial fractures and related possible complications that worsen quality of life. It discusses whether different specialists should be involved in the treatment of these patients and presents, among other things, an otolaryngological algorithm.

Key words: facial fractures, complications, orbit, maxillary sinus, hemosinus, functional endoscopic sinus surgery.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н. Барышникова^{1,2}, кандидат медицинских наук,
Л. Белоусова³, кандидат медицинских наук,
В. Петренко³, кандидат медицинских наук,
Е. Павлова², кандидат медицинских наук

¹Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

²Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

E-mail: baryshnikova_nv@mail.ru

Оценка качества жизни (КЖ) – важный показатель эффективности лечения пациентов с различными заболеваниями внутренних органов. В статье рассматриваются наиболее часто используемые способы анализа КЖ, представлены результаты универсального теста SF-36 и специального теста GSRS для оценки КЖ пациентов с гастроэнтерологической патологией.

Ключевые слова: качество жизни, SF-36, GSRS, заболевания желудочно-кишечного тракта.

Определение показателей качества жизни (КЖ) у больных с различными заболеваниями в настоящее время крайне актуально. Анализ КЖ позволяет определить, как пациент переносит заболевание, он также важен для решения многих вопросов, возникающих в процессе лечения. Оценка КЖ может использоваться как дополнительный критерий при подборе индивидуальной схемы терапии для определения степени тяжести состояния больного, оценки эффективности лечения, особенно при всестороннем расширенном клиническом анализе новых препаратов, для анализа эффективности мероприятий по первичной или вторичной профилактике заболеваний [1].

При оценке КЖ используются ближайшие и долгосрочные оценочные интервалы. Ближайший интервал подразумевает анализ, базирующийся на субъективных ощущениях пациента, к которым относятся жалобы, временная утрата работоспособности, т.е. определение краткосрочного снижения КЖ. К долгосрочным параметрам относятся выживаемость пациентов, частота госпитализаций, скорость прогрессирования заболевания, стойкая утрата работоспособности и потеря социальной активности, зависимость от лекарственных препаратов, необходимость постоянного медицинского контроля и др. [1].

Важно отметить, что анализ КЖ основан на субъективном восприятии человека. В основе методов изучения КЖ лежит определение самим больным уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношении, т.е. понятие КЖ включает информацию об основных сферах жизнедеятельности человека. Оно изменяется во времени в зависимости от изменения состояния больного, влияния эндо- и экзогенных факторов, что делает возможными динамические наблюдения и мониторинг состояния пациентов [5].

Технология определения КЖ предполагает непосредственное участие самого больного [5]. Традиционно КЖ оце-

нивают с помощью различных анкет, тестов, шкал, индексов, опросников, которые подразделяются на неспецифические и специфические.

Основные неспецифические опросники для оценки КЖ [1]:

1. Опросник оценки качества жизни Европейской группы изучения качества жизни (EUROQOL – EuroQOL Group).
2. Краткая форма оценки здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form – MOS-SF 36) – 8 шкал, 36 вопросов.
3. Индекс общего психологического благополучия (Psychological General Well-Being Index).
4. Профиль влияния болезни (Sickness Impact Profile) – 12 категорий, 136 вопросов.
5. Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile) – 6 параметров оценки переживаний, 38 вопросов; 7 параметров оценки повседневной жизни, 7 вопросов.
6. Шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD).
7. Индекс благополучия (Quality of Well-Being Index – QWBI).
8. Опросник здоровья Мак Мастера (McMaster Health Index Questionnaire – MHIQ).
9. Опросник детского здоровья (Child Health Questionnaire – CHQ).
10. Опросник оценки КЖ в педиатрии (PedsQL).
11. Обобщенная шкала оценки КЖ (Overall Quality of Life Scale).
12. Индекс КЖ (Quality of Life Index).

Основные специфические опросники для оценки КЖ в гастроэнтерологии [6, 8, 17]:

1. Шкала оценки гастроэнтерологических симптомов (Gastrointestinal Symptom Rating Scale – GSRS).
2. Гастроинтестинальный индекс КЖ (Gastrointestinal Quality of Life Index – GIQLI) часто используется для оценки КЖ после операций на органах пищеварения.
3. Индекс благополучия хирургического больного (Well-Being-Index for Surgical Patients – WISP), разработанный для оценки КЖ у больных после абдоминальных операций.
4. Шкала Visick I–IV для сравнительной оценки резекционных и органосберегающих методов лечения в хирургической гастроэнтерологической практике.
5. Gallstone Impact Checklist (GIC) – специфический опросник для больных желчнокаменной болезнью.

В гастроэнтерологической практике наиболее часто используются 2 опросника: неспецифический – SF-36 и специфический – GSRS.

Опросник SF-36, возможно, является самым распространенным неспецифическим опросником для оценки КЖ как в России, так и за рубежом; он прошел процесс валидации, культурной и языковой адаптации в России. Исследователями Межнародного центра исследования КЖ создана его русскоязычная версия (1998) [4, 5, 20], включающая 36 вопросов, объединенных в 10 пунктов. Исходно в опросник входили 149 вопросов, взятых из других стандартизированных инструментов, дающих 40 составляющих здоровья. В последующем количество вопросов сократили до 36, а результаты сгруппировали в 8 шкал, отражающих различные сферы жизни человека: физические (физическое функционирование – PF, ролевое физическое функционирование – RP, боль – BP, общее здоровье – GH) и психологические (жизнеспособность – VT, социальное функционирование – SF, ролевое

эмоциональное функционирование – RE, психологическое здоровье – MH) компоненты здоровья.

Опросник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) разработан Отделом изучения КЖ в ASTRA Hassle (Wiklund I., 1998) и используется для оценки КЖ пациентов с желудочно-кишечными заболеваниями. Русскоязычная версия Опросника GSRS создана исследователями Межнародного центра исследования КЖ (МЦИКЖ, Санкт-Петербург), в 1998 г. она была апробирована при изучении КЖ 2000 жителей Санкт-Петербурга. Российская версия гастроэнтерологического опросника GSRS является надежной, валидной и чувствительной. Опросник состоит из 15 пунктов, которые объединены в 6 шкал: абдоминальная боль, гастроэзофагеальный рефлюкс (или рефлюкс-синдром), диарейный синдром, диспепсический синдром, синдром запора, шкала суммарного измерения. Оценка показателей проводится по 7-балльной шкале, при этом более высокие значения соответствуют большей выраженности симптомов и более низкому КЖ [7].

В гастроэнтерологии определение КЖ особенно важно у больных с функциональной гастроэнтерологической патологией, так как вследствие меньших возможностей лабораторно-инструментального контроля за течением заболевания данный метод может быть практически единственным в оценке эффективности лечебных мероприятий.

Многочисленные исследования, проведенные в последние годы, в том числе с применением указанных опросников, убедительно демонстрируют различной степени снижение показателей КЖ у пациентов с функциональными заболеваниями [14]. Многие работы проведены именно у пациентов с функциональными заболеваниями пищеварительной системы, в том числе с синдромом раздраженного кишечника [12].

Хорошо известно парадоксальное явление: КЖ пациентов с функциональными заболеваниями сходно с таковым при тяжелой соматической патологии (например, сахарном диабете, терминальной почечной недостаточности [15]), а зачастую оказывается ниже, чем у тяжелых соматических больных [18].

Прослеживается закономерность ухудшения КЖ у лиц с синдромом раздраженного кишечника по мере нарастания выраженности психологических расстройств [16].

Проводимые исследования одно за другим демонстрируют, на первый взгляд, странную ситуацию – на людей с функциональными заболеваниями, т.е. без каких-либо органических или обменных нарушений, приходится основная или одна из основных статей расходов здравоохранения развитых стран. Эти затраты складываются из более частых пропусков работы, занятий в учебных заведениях, посещений врача и большего числа обследований, большей частоты госпитализаций [13]. При более тщательном рассмотрении этого «противоречия» можно заметить, что в данной группе на 1-е место часто выходят нарушения адаптации к условиям окружающей среды, которые могут прогрессировать в отсутствие роста объемных изменений. Это ведет к снижению КЖ в сочетании с психологическими расстройствами, что, в свою очередь, определяет достаточно высокую обращаемость в учреждения 1-го звена здравоохранения, а затем – и в специализированные медицинские учреждения [13].

В качестве примера можно представить сравнительную характеристику оценки КЖ с помощью Опросника SF-36 у больных функциональным запором (ФЗ), хроническим гастродуоденитом и в целом популяции населения Санкт-Петербурга [5]. Несмотря на существенный разброс показателей, КЖ у больных ФЗ понижено по всем шкалам в большей степени, чем у больных хроническим гастродуоденитом и населения города

в целом, что еще раз свидетельствует о значительном снижении КЖ у пациентов с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В первую очередь обращает на себя внимание нарушение социальной активности пациентов (SF), повседневной деятельности (RE, RP), обусловленное ухудшением физического и эмоционального состояния (табл. 1).

Крайне важен для оценки эффективности терапии анализ динамики КЖ на фоне лечения. Так, у пациентов с ФЗ, получавших препарат лактулозы Дюфалак в дозе 15 мл утром натощак в течение 4 нед (1-я группа) или биологически активную добавку с желчегонным и гепатопротективным действием Хофитол в дозе 2 драже 3 раза в день перед едой в течение 4 нед (2-я группа) после курса терапии отмечалось более значимое повышение КЖ (как по данным Опросника SF-36, так и по результатам Опросника GSRs), чем у больных, соблюдавших только диетические рекомендации без медикаментозного лечения (3-я группа – группа сравнения; табл. 2, 3) [7].

При хроническом гастродуодените, ассоциированном с *Helicobacter pylori*, более значимое улучшение показателей КЖ при оценке с помощью Опросника SF-36 отмечалось у пациентов, получавших в дополнение к стандартной эрадикационной терапии пробиотики. Это может быть связано со снижением частоты таких побочных эффектов, как антибиотикоассоциированная диарея и дисбиоз кишечника [2].

При анализе КЖ больных язвенной болезнью установлено, что при хроническом течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки оно оказалось ниже, чем у больных с впервые выявленным заболеванием (как по данным Опросника SF-36, так и по результатам Опросника GSRs), что свидетельствует об отсутствии феномена «привыкания к болезни» [10].

В другом исследовании российскими хирургами определено, что КЖ пациентов, перенесших резекцию желудка как по Бильрот-I, так и по Бильрот-II, достоверно выше КЖ неоперированных пациентов, страдающих рецидивирующей язвенной болезнью. Отдаленные результаты резекции по Бильрот-I по Шкале диспепсического синдрома лучше результатов резекции по Бильрот-II. Отдаленные результаты при различных вариантах резекции желудка по Бильрот-I (трубковидный и классический) значимо не различаются [9].

При оценке КЖ у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) отмечено, что наиболее выраженное нарушение КЖ по данным Опросника GSRs регистрировалось по Шкале гастроэзофагеального рефлюкса. При корреляционном анализе между этим показателем и частотой возникновения симптома изжоги установлена статистически значимая тесная корреляционная связь ($r=0,8$; $p<0,01$).

При обследовании пациентов с помощью Опросника SF-36 было выявлено снижение показателей по всем шкалам. При этом худшие параметры на фоне выраженной клинической симптоматики, свидетельствующие о низком уровне КЖ, зафиксированы по шкалам, определяющим психологический компонент здоровья пациентов: общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT), социального (SF) и ролевого эмоционального (RE) функционирования, психологического здоровья (MH).

В зависимости от варианта лечения пациенты были разделены на 2 группы: пациенты 1-й группы на протяжении 8 нед получали сочетанную терапию: рабепразол – в дозе 20 мг утром натощак за 30 мин до еды и антацидный препарат Маалокс (суспензия) – по 1 пакетик (15 мл) 3 раза в сутки через 1,5 ч после еды и на ночь. Обследуемым 2-й группы в течение 8 нед проводилась монотерапия препаратом рабепразол в суточной дозе 20 мг. На фоне лечения, по данным Опросника GSRs, в обеих группах отмечена существенная положительная динамика ($p<0,05$) по шкале гастроэзофагеального рефлюкса, свидетельствующая об улучшении КЖ больных. Лучшие результаты достигнуты у пациентов, получавших сочетанную терапию ($p<0,05$). По данным Опросника SF-36, на фоне ле-

Таблица 1
КЖ больных с функциональной патологией ЖКТ и населения Санкт-Петербурга по данным Опросника SF-36 (M±m)

Шкала	Больные хроническим гастродуоденитом	Больные ФЗ	Жители Санкт-Петербурга (M)
GH	48,0±1,4	54,11±5,85	54,1
PF	80,0±2,1	79,55±7,50	79,6
RP	51,0±3,9	46,36±11,76	64,9
RE	55,0±3,9	49,50±11,71	66,5
SF	60,0±2,5	48,48±4,02	68,0
BP	56,0±2,3	59,44±6,33	66,4
VT	52,0±1,9	44,43±6,11	56,2
MH	57,0±1,8	56,73±5,71	58,0

Таблица 2
Динамика показателей КЖ больных ФЗ по данным Опросника SF-36 после различных вариантов лечения (M±m)

Шкала	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
GH	38,86±5,30	42,71±5,52	56,54±5,63	70,08±5,66**	34,50±5,52	35,71±5,45
PF	71,43±6,28	76,43±5,61*	80,38±6,45	87,31±4,76**	57,71±6,43	57,52±6,39
RP	32,14±13,81	53,57±15,48*	50,00±10,74	71,15±10,82*	50,38±11,31	50,51±11,52
RE	33,71±12,31	52,71±11,99*	56,62±11,30	69,46±8,43*	50,88±11,18	51,90±9,96
SF	48,43±3,16	55,43±5,20*	53,92±2,89	57,85±3,75	43,07±2,95	42,70±3,39
BP	57,00±4,55	67,86±6,05*	56,77±6,32	71,08±6,31*	63,43±5,93	64,6±6,14
VT	35,00±4,52	46,43±5,81*	53,85±5,35	60,77±4,58*	40,09±5,34	41,23±5,22
MH	40,57±5,87	51,43±3,76*	58,77±5,37	64,92±5,59*	63,39±5,39	64,15±5,61

Примечание. Здесь и в табл. 3: различия достоверны ($p<0,05$): * – до и после лечения, ** – между основными группами и группой сравнения после лечения.

Таблица 3

Динамика показателей КЖ больных ФЗ по данным Опросника GSRS после различных вариантов лечения (M±m)

Шкала опросника	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Абдоминальная боль	3,43±0,42	3,29±0,36	3,69±0,45	2,85±0,35	3,34±0,47	3,06±0,41
Рефлюкс-синдром	1,56±0,21	1,36±0,26	1,67±0,26	1,58±0,25	2,01±0,23	1,95±0,29
Диарейный синдром	1,32±0,27	1,33±0,24	1,15±0,22	1,29±0,27	1,41±0,27	1,48±0,30
Диспепсический синдром	12,57±0,75	10,86±0,64	13,54±0,88	10,62±0,70*	12,85±0,67	11,96±0,64
Синдром запора	11,14±0,71	7,43±0,65**/**	11,00±0,73	6,38±0,57**/**	11,20±0,69	11,05±0,69

чения статистически значимо улучшалось КЖ по всем шкалам ($p < 0,05$) при наиболее высоких показателях физического (РН) и психологического (МН) компонентов здоровья. Кроме того, у пациентов 1-й группы результаты были достоверно лучше ($p < 0,05$), чем во 2-й группе. Полученные данные свидетельствуют о большей эффективности сочетанной терапии [3].

В другом исследовании, также посвященном оценке КЖ пациентов с ГЭРБ как показателя эффективности лечения, установлено, что применение сочетанной терапии с использованием рабепразола и итотрида гидрохлорида позволяет достичь более высоких результатов, чем монотерапия рабепразолом; авторами обоснована необходимость использования данного варианта лечения у этой категории больных [11].

Таким образом, КЖ следует рассматривать как важный независимый показатель оценки течения заболевания и эффективности лечения, в частности, гастроэнтерологических больных. Использование опросников для оценки КЖ в широкой медицинской практике позволит лучше контролировать лечение и состояние больных.

Литература

1. Антонычев С.Ю., Мохорт Т.В. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 1-го типа // Мед. панорама. – 2003; 3 [электронный ресурс]. URL: http://healtheconomics.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2212:-1-&catid=55:2009-05-29-19-56-44&Itemid=104 (дата обращения 26.05.2013).
2. Барышникова Н.В. Клинико-микробиологическая характеристика микробиоценоза и коррекция его нарушений у больных хроническим гастроуденитом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2006; 24 с.
3. Маев И.В., Самсонов А.А., Одинцова А.Н. и др. Динамика показателей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сочетанной терапии // Рус. мед. журн. [электронный ресурс]. URL: http://www.rmj.ru/articles_7016.htm (дата обращения 27.05.2013).
4. Недошвин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н. и др. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. – 2000; 1 (4): 1–7.
5. Новик А.А. Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Под ред. Ю.Л. Шевченко. 2-е изд. / М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007; 320 с.
6. Панибратец Л.С. Оценка качества жизни в хирургии // Вестн. КРСУ. – 2009; 9 (10): 163–6.
7. Петренко В.В. Клинико-патогенетические особенности и пути коррекции дисбиоза кишечника и дислипидемии у больных с функциональным запором. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2009; 23 с.
8. Романова Т.И. Качество жизни у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и его ассоциация с основными факторами риска и полиморфизмом гена апополипротеина Е (2005) [электронный ресурс]. URL: <http://www.dissercat.com/content/kachestvo-zhizni-u-bolnykh-zhelchno-kamennoi-boleznyu-zhkb-i-ego-assotsiatsiya-s-osnovnymi-0#ixzz2Uds4YpLg> (дата обращения 29.05.2013).

9. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Копейкин А.А. и др. Отдаленные результаты резекции желудка по поводу язвенной болезни (2011) [электронный ресурс]. URL: <http://surgeryzone.net/journals/otdalennye-rezultaty-rezekcii-zheludka-povodu-uzvennoj-bolezni.html> (дата обращения 27.05.2013).

10. Шуваев В.А. Характеристика качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2004; 22 с.

11. Щербинина М.Б., Закревская Е.В., Скороход Т.А. Новые стратегии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроентерологія. – 2010; 4 (54): 83–9.

12. Andrews E.B. et al. Prevalence and Demographics of Irritable Bowel Syndrome: Results from a Large Web-Based Survey // Al. Pharmacol. Ther. – 2005; 22 (10): 935–42.

13. Bracco A., Reilly M., McBurney C.R. Burden of irritable bowel syndrome with constipation on health care resource utilisation, work productivity and activity impairment and quality of life in France, Germany and United Kingdom // Gut. – 2005; 54 (7): 93.

14. Brandt L.N. et al. American College of Gastroenterology Functional Gastrointestinal Disorders Task Force. An Evidence Based Approach to the Management of Chronic Constipation in North America // Am. J. Gastroenterol. – 2005; 100: 1–21.

15. Chang L. et al. Gender, Age, Society, Culture, and the Patient's Perspective in the Functional Gastrointestinal Disorders // Gastroenterology. – 2006; 130 (5): 1435–46.

16. Coffin B. et al. Relationship between severity of symptoms and quality of life in 858 patients with irritable bowel syndrome // Gastroenterol. Clin. Biol. – 2004; 28 (1): 11–5.

17. Eypasch E., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. et al. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument // Brit. J. Surg. – 1995; 82 (2): 216–22.

18. Fink P., Rosendal M. Recent Developments in the Understanding and Management of Functional Somatic Symptoms in Primary Care // Curr. Opin. Psychiatry. – 2008; 21 (2): 182–8.

19. Longstreth G.F. et al. Functional bowel disorders // Gastroenterology. – 2006; 130 (5): 1480–91.

20. Ware J.E., Sherbourne C.D. The Mos SF-36 item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection // Med. Care. – 1992; 30: 473–83.

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN GASTROENTEROLOGY PATIENTS

N. Baryshnikova^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; L. Belousova³, Candidate of Medical Sciences; V. Petrenko³, Candidate of Medical Sciences; E. Pavlova²

¹I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University;

²City Hospital of Saint venerable Martyr Elizabeth, Saint Petersburg;

³I.I. Mechnikov North-Western State Medical University

Quality of life assessment is an important indicator of treatment efficacy in patients with different visceral diseases. The paper considers the most common methods for the analysis of quality of life and gives the results of the universal SF-36 test and the special gastrointestinal symptom rating scale (GSRS) test to assess quality of life in patients with gastroenterology pathology.

Key words: quality of life, SF-36, gastrointestinal symptom rating scale (GSRS) test, gastrointestinal tract diseases.