

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ф.Х. САИДОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

СРУНКАЛИ КОЛОСТАЗНИ БОЛА ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВО САМАРАДОРЛИГИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ

Ф.Х. САИДОВ

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти,
Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

EFFECTS OF CHRONIC COLOSTASIS THE QUALITY OF LIFE CHILDREN ACCORDING TO CONSERVATIVE TREATMENT EFFICACY

F.KH. SAIDOV

Tashkent Post - graduate Medical Institute,
Republican Research Center of Emergency Medicine, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Ҳаёт сифатини баҳолаш учун 68 болада асосий гуруҳдан ва 42 бола назорат гуруҳида анкета равишида олиб борилди. Ҳаёт сифатини баҳолаш учун махсус сўровнома SF-36 қўлланилди. Шунда асосий гуруҳда жамлашган биринчи тўрталик шкаладан «соғлиқни жисмоний компоненти» яхшиланди $28,3 \pm 0,5$ дан $76,5 \pm 1,4$ балл гача ($p < 0,001$) ва назорат гуруҳида $28,7 \pm 0,8$ дан $50,2 \pm 1,3$ балл гача ($p < 0,001$). Тегишли равишда «соғлиқни психологик компоненти» яхшиланди $27,8 \pm 0,6$ дан $75,2 \pm 1,1$ балл гача ($p < 0,001$) ва $28,8 \pm 0,7$ дан $52,1 \pm 1,1$ балл гача ($p < 0,001$).

Калит сўзлар: ҳаёт сифати, «SF-36 Health Status Survey» методикаси, сурункали колостаз, даво, болалар.

A questionnaire to assess quality of life in 68 children in the study group and 42 children in the control group. To evaluate the quality of life specific questionnaire SF-36 is applied. So "the physical health component", grouped in the first four scales improved from $28,3 \pm 0,5$ to $76,5 \pm 1,4$ points ($p < 0.001$) in the study group and $28,7 \pm 0,8$ to $50,2 \pm 1,3$ scores ($p < 0.001$) in control group. In the component "the psychological component of health" from $27,8 \pm 0,6$ to $75,2 \pm 1,1$ points ($p < 0.001$) and $28,8 \pm 0,7$ to $52,1 \pm 1,1$ points ($p < 0.001$), respectively.

Key words: *quality of life, the technique «SF-36 Health Status Survey», colostasis chronic, treatment, children.*

Актуальность. Проблема качества жизни изучается различными специалистами (социологами, медиками, философами, политиками, психологами и т.д.), т.к. затрагивает многие сферы жизни человека [3, 4, 5].

В современной доказательной медицине все более популярным становится исследование качества жизни пациентов при различных заболеваниях. Особенно важна подобная оценка для длительных хронических патологий, на течение которых влияет не только качество консервативной терапии, но и другие факторы. Качество жизни, связанное со здоровьем, является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих дать глубокий многоплановый анализ важных составляющих здоровья человека в соответствии с критериями ВОЗ, то есть физиологических, психологических и социальных проблем больного человека [1, 3, 6, 8].

Для оценки состояния пациента с запором, степени тяжести запора, качества его жизни,

разработано множество тестов-опросников: SF36, KESS-2000, Constipation Assessment Scale (CAS), предложенная McShane and McLane, Wexner-Agachan Score, которые сходны по своему содержанию и смыслу вопросов [7].

Широко используется в современной медицине опросник «SF-36 Health Status Survey». SF-36 был разработан на основании масштабного исследования исходов заболеваний (Medical outcomes Study), проведенного в США в 80-х годах прошлого столетия, апробация данной методики и применение было проведено в Санкт-Петербурге сотрудниками «Института клинико-фармакологических исследований». Опросник относится к неспецифическим и используется для оценки качества жизни респондента при различных заболеваниях [2].

Материал и методы. Лечение ХК у детей отличается необходимостью длительного наблюдения и коррекции поддерживающей медикаментозной терапии в динамике. Помимо

этого особая роль отводится вопросам психо-эмоциональной и социальной сфер. Обеспечение ребенка качественным питанием, исключение стрессовых ситуаций, полноценная физическая и социальная реабилитация является не менее важным залогом успеха лечения. Каждый из указанных факторов имеет прямое влияние на течение хронических запоров.

Анкетирование для оценки качества жизни проведено у детей старше 6 лет в присутствии родителей. Обследовано 68 детей в основной группе и 42 ребенка в контрольной группе. Для оценки качества жизни применен специальный вопросник SF-36. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 это полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья» [10].

Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья» [9]:

1. *Физический компонент здоровья (Physical health – PH)*. Составляющие шкалы: • Физическое функционирование; • Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; • Интенсивность боли; • Общее состояние здоровья.
2. *Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH)*. Составляющие шкалы: • Психическое здоровье; • Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; • Социальное функционирование; • Жизненная активность

Исследование проводилось до и после лечения, включая отдаленный период. Во всех случаях анкетирование проводилось при родителях, оценка психо-социального компонента проводилась совместно с детским неврологом.

Результаты и обсуждения. Первично приводим показатели качества жизни до лечения и в течение месяца после терапии. Исходно в обеих группах показатели по всем шкалам колебались от 23 до 31 баллов. На фоне лечения значение качества жизни достоверно повысилось в обеих группах, однако более высокие показатели отмечены в основной группе. Наибольшее улучшение отмечено по шкале «Интенсивность боли», по которой показатель в основной группе увеличился с $26,1 \pm 0,8$ до $85,9 \pm 1,5$ баллов ($p < 0,001$), тогда как в контрольной группе только с $25,4 \pm 0,6$ до $51,8 \pm 1,2$ баллов ($p < 0,001$). По шкале «Физическое функционирование» показатели улучшились с $30,5 \pm 0,8$ до $81,6 \pm 1,2$ баллов ($p < 0,001$) и с $31,5 \pm 0,9$ до $62,4 \pm 1,4$ баллов ($p < 0,001$) соответственно. По шкале «Общее состояние здоровья» с $27,6 \pm 0,7$ до $78,1 \pm 1,3$ ($p < 0,001$) баллов и с $29,6 \pm 0,8$ до $44,5 \pm 1,0$ баллов ($p < 0,001$). По шкале «Психическое здоровье» с $24,8 \pm 0,5$ до $80,5 \pm 1,2$ баллов и с $24,2 \pm 0,6$ до $64,3 \pm 1,6$ баллов (табл. 1.).

В целом по двум основным компонентам шкалы оценки качества жизни получено достоверное улучшение. Так «физический компонент здоровья», сгруппированный по первым четырем шкалам улучшился с $28,3 \pm 0,5$ до $76,5 \pm 1,4$ баллов ($p < 0,001$) в основной группе и с $28,7 \pm 0,8$ до $50,2 \pm 1,3$ баллов ($p < 0,001$) в контрольной группе (рис. 1). По компоненту «психологический компонент здоровья» с $27,8 \pm 0,6$ до $75,2 \pm 1,1$ баллов ($p < 0,001$) и с $28,8 \pm 0,7$ до $52,1 \pm 1,1$ баллов ($p < 0,001$) соответственно (рис. 2). По обоим компонентам между группами также получено достоверное различие ($p < 0,001$).

Таблица 1.

Показатели качества жизни в сроки до 1 месяца после лечения ($M \pm m$)

Шкалы оценки (баллы)	Основная группа		Контрольная группа		Р между группами
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Физическое функционирование	$30,5 \pm 0,8$	$81,6 \pm 1,2$	$31,5 \pm 0,9$	$62,4 \pm 1,4$	$< 0,001$
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	$29,2 \pm 0,6$	$60,4 \pm 1,4$	$28,6 \pm 0,7$	$47,1 \pm 1,3$	$< 0,001$
Интенсивность боли	$26,1 \pm 0,8$	$85,9 \pm 1,5$	$25,4 \pm 0,6$	$51,8 \pm 1,2$	$< 0,001$
Общее состояние здоровья	$27,6 \pm 0,7$	$78,1 \pm 1,3$	$29,6 \pm 0,8$	$44,5 \pm 1,0$	$< 0,001$
Психическое здоровье	$24,8 \pm 0,5$	$80,5 \pm 1,2$	$24,2 \pm 0,6$	$64,3 \pm 1,6$	$< 0,001$
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	$33,9 \pm 0,9$	$76,2 \pm 1,2$	$36 \pm 0,9$	$61,8 \pm 1,5$	$< 0,001$
Социальное функционирование	$22,9 \pm 0,8$	$67,4 \pm 1,5$	$24,8 \pm 0,8$	$43,7 \pm 1,1$	$< 0,001$
Жизненная активность	$29,5 \pm 0,7$	$76,9 \pm 1,6$	$30,3 \pm 0,9$	$38,5 \pm 1,0$	$< 0,001$

С учетом длительности течения и соответственно лечения ХК у детей целесообразно проследить показатели качества жизни при соблюдении всех рекомендаций и при их невыполнении. Для этого больных основной группы мы раздели по следующим признакам: соблюдение всех рекомендаций по медикаментозной поддержке; соблюдение рекомендаций по физиотерапии; обеспечение нормальной социально-психологической атмосферы для детей. Как оказалось из 110 детей, которым выполнена оценка качества жизни у 78 (70,9%) все рекомендации

были соблюдены, тогда как в 32 случаях отмечались погрешности по тому или иному признаку. В частности, например, на фоне адекватной консервативной терапии не соблюдался рекомендованный режим питания, или при достижении хорошего эффекта родители прекращали лечение и повторно обращались только при рецидиве симптомокомплекса ХК. Соответственно мы проанализировали показатели качества жизни в двух группах: группа – 1 – соблюдение всех рекомендаций, группа – 2 – не соблюдение рекомендаций (рис. 3).



Рис. 1. Оценка качества жизни (баллы) по физическому компоненту здоровья (Physical health).



Рис. 2. Оценка качества жизни (баллы) по психическому компоненту здоровья (Mental Health).

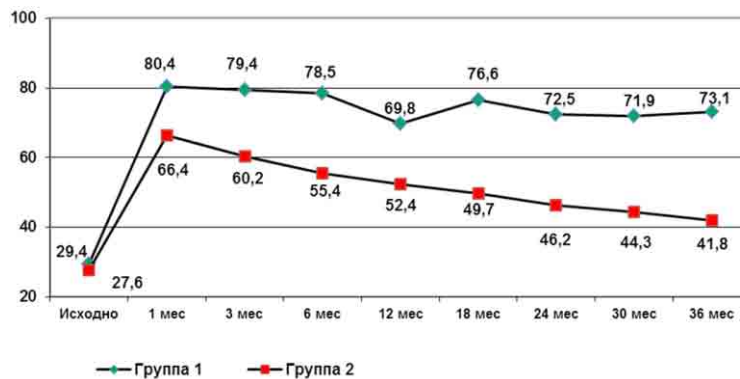


Рис. 3. Динамическая кривая показателя качества жизни (баллы) детей с ХК при соблюдении (группа 1) и не соблюдении (группа 2) всех лечебно-профилактических рекомендаций по физическому компоненту здоровья (Physical health).

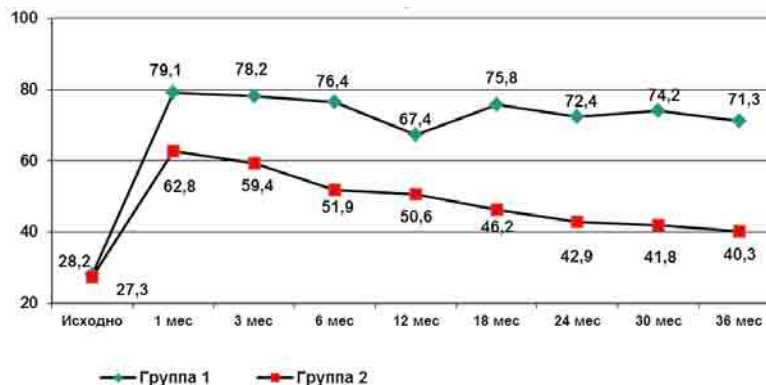


Рис. 4. Динамическая кривая показателя качества жизни (баллы) детей с ХК при соблюдении (группа 1) и не соблюдении (группа 2) всех лечебно-профилактических рекомендаций по психическому компоненту здоровья (Mental Health).

Как видно из диаграммы уже в течение 1 месяца наблюдения показатель качества жизни по физическому компоненту здоровья достоверно отличался между группами, составив $80,4 \pm 1,6$ против $66,4 \pm 1,3$ балла ($p < 0,001$). В дальнейшем в сроки до года наблюдения эти показатели составили $69,8 \pm 1,1$ балла против $52,4 \pm 1,0$ балла ($p < 0,001$), в сроки к трем годам наблюдения $73,1 \pm 1,5$ балла против $41,8 \pm 1,1$ балла ($p < 0,001$).

По психологическому компоненту здоровья отмечена аналогичная тенденция с постепенным снижением показателя качества жизни при не соблюдении всех рекомендаций. В сроки к месяцу наблюдения они составили $79,1 \pm 1,4$ против $62,8 \pm 1,1$ балла ($p < 0,001$). В дальнейшем в сроки до года наблюдения эти показатели составили $67,4 \pm 1,2$ балла против $50,6 \pm 1,1$ балла ($p < 0,001$), в сроки к трем годам наблюдения $71,3 \pm 1,3$ балла $40,3 \pm 1,0$ балла ($p < 0,001$) (рис. 4).

Таким образом, разработанная комплексная программа лечебно-профилактических мероприятий у детей с ХК позволила повысить качество жизни к одному месяцу наблюдения по «физическому компоненту здоровья», с $50,2 \pm 1,3$ до $76,5 \pm 1,4$ баллов ($p < 0,001$) и по «психологическому компоненту здоровья» с $52,1 \pm 1,1$ до $75,2 \pm 1,1$ баллов ($p < 0,001$).

Выводы. Соблюдение всех рекомендаций (медикаментозная поддержка, физиотерапия, социально-психологическая стабильность) позволяет поддерживать нормальный уровень качества жизни у детей с ХК, тогда как воздержание от комплексного лечения снижает этот показатель в сроки до года наблюдения с $67,4 \pm 1,2$ до $50,6 \pm 1,1$ баллов, до трех лет – с $71,3 \pm 1,3$ до $40,3 \pm 1,0$ баллов по «физическому компоненту здоровья» и соответственно по «психологическому компоненту здоровья» с $67,4 \pm 1,2$ до $50,6 \pm 1,1$ баллов и с $71,3 \pm 1,3$ до $40,3 \pm 1,0$ баллов ($p < 0,001$).

Литература:

1. Аманжолов Б. Р., Игисин Н. С., Нарманова О. Ж., Ташимов Р. И. Оценка качества жизни пациентов при диагностической и лечебной эндоскопической помощи // Молодой ученый. - 2011. - №5. Т.2. - С. 184-187.
2. Богданова А.В., Зандаков Ц.В., Тишков А.В., Желенина Л.А., Сергеев Т.В., Куропатенко М.В. Медицинские информационные системы в педиатрической практике - проблемы и перспективы // М. Педиатр - №4. - 2015. С. 142.
3. Журавлева А.Е. Структурная модель качества жизни современных подростков и юношей // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч.

журн. - 2015. - N 1 (7) - URL: <http://medpsy.ru/climp>.

4. Ковыньева О.А. Структура качества жизни и факторы его повышения // Экономика здравоохранения. - № 8. - 2006. - С. 48-51.
5. Лига М.Б. Качество жизни как основа социальной безопасности: монография / под ред. М.В. Константинова. - М.: Гардарики, 2006. - 223 с.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. - М.: ЗАО «Олма Медиа Групп», 2007. - 320 с.
7. Потемин С.Н. Хронический медленно транзиторный колостаз: механизмы развития и возможности хирургического лечения // Научное обозрение. Медицинские науки. - 2016. - № 6. - С. 84-103
8. Рычкова С.В. Качество жизни детей школьного возраста и влияние на него хронической гастродуоденальной патологии: автореф. дисс. ... док. мед. наук. - СПб., 2007. - 43 с.
9. Tsos A., Homych A., Sabirov O. The state of physical and psychological components of health in the quality of life of the university students.// Human and Health, 2013, Volume VII, Issue 2. P. 9.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ф.Х. САИДОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан,
г. Ташкент

Проведено анкетирование для оценки качества жизни у 68 детей в основной группе и 42 детей в контрольной группе. Для оценки качества жизни применен специальный вопросник SF-36. Так «физический компонент здоровья», сгруппированный по первым четырем шкалам улучшился с $28,3 \pm 0,5$ до $76,5 \pm 1,4$ баллов ($p < 0,001$) в основной группе и с $28,7 \pm 0,8$ до $50,2 \pm 1,3$ баллов ($p < 0,001$) в контрольной группе. По компоненту «психологический компонент здоровья» с $27,8 \pm 0,6$ до $75,2 \pm 1,1$ баллов ($p < 0,001$) и с $28,8 \pm 0,7$ до $52,1 \pm 1,1$ баллов ($p < 0,001$) соответственно.

Ключевые слова: качество жизни, методика «SF-36 Health Status Survey», хронический колостаз, лечение, дети.