

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ,  
ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДЕФЕКТОВ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ  
ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ**

***К.Ю. Боброва*** – аспирант

На базе опросника SF-36 (J.E.Ware, 1992) была разработана анкета-опросник для изучения компонентов качества жизни, адаптированная для пациентов, перенесших ожоговую или иную травму и имеющих дефект кожи и мягких тканей верхней конечности.

*Ключевые слова:* качество жизни; кожа; верхняя конечность.

В последние годы значительно возросло количество больных с послеожоговыми и травматическими дефектами, которые не только приводят к выраженным функциональным нару-

шениям, но и способствуют нарушению психоэмоционального состояния больных, порождают чувство бесперспективности, неполноценности, неуверенности, уменьшают духовные и трудо-

вые возможности личности, часто приводят к развитию заболеваний психосоматического происхождения [1–3].

Качество жизни, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является “многомерной, сложной структурой, включающей восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также свое отношение к значимым характеристикам окружающей среды” [2].

Цель работы: оценка эффективности результатов лечения у больных, оперированных по поводу дефектов кожи и мягких тканей верхней конечности.

**Материалы и методы исследования.** Клиническая часть работы основывалась на данных обследования и лечения 20 пациентов, которым была произведена пластика имеющихся дефектов верхней конечности путем перемещения встречных треугольных лоскутов с использованием лоскутов на сосудистой ножке и аутодермопластики.

Распределение больных производилось по возрасту и полу.

Возраст больных варьировал от 4 до 52 лет, преобладали пациенты мужского пола – 11 (55%),

в то время как количество пациентов женского пола составило 9 (45%).

Среди общего числа пациентов детей до 14 лет было 9 (45%), а взрослых пациентов – 11 (55%).

У данной группы пациентов причиной развития контрактуры верхней конечности был ожог в 13 наблюдениях (65%) и травма в 7 наблюдениях (35%).

Из общего числа обращений городских жителей было 4 человека (20%), а сельских – 16 человек (80%).

С целью исследования качества жизни мы проводили оценку физиологического, психологического и социального факторов путем анкетирования, на основе разработанного опросника SF-36, адаптированного для пациентов с дефектами кожи и мягких тканей верхней конечности до операции и в отдаленном послеоперационном периоде от 3 месяцев до года. Оценка производилась одним из родителей ребенка.

При обработке данных ответы были сгруппированы в восемь шкал, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Шкалы сгруппированы в два показателя – “физический” компонент качества жизни (КЖ) и “психологический”, на основании которых дается “общая” оценка (см. таблицу).

Оценка качества жизни

Шкала	Характеристика
Физический компонент	
Физическое функционирование (Physical Functioning - PF)	Отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, переноска тяжестей и т.п.)
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	Влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей)
Интенсивность боли (Bodily pain - BP)	Ее влияние на повседневную деятельность
Общее состояние здоровья (General Health - GH)	Оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения
Психологический компонент	
Жизненная активность (Vitality - VT)	Подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным
Социальное функционирование (Social Functioning - SF)	Определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение)
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE)	Предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы)
Психическое здоровье (Mental Health - MH)	Характеризует настроение: наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций

При статистической обработке полученных результатов были вычислены средние показатели (M) и их ошибки ( $\pm m$ ). Различие показателей оценивалось с помощью коэффициента Стьюдента (t). Проводилось сравнение полученных данных у пациентов до операции и у них же в отдаленном послеоперационном периоде.

**Полученные результаты.** У пациентов до операции показатель физического функционирования, отражающий уровень, в котором физическое состояние организма ограничивает выполнение физических нагрузок, составил  $14,66 \pm 1,48$  баллов; в то время как в отдаленном послеоперационном периоде –  $87 \pm 0,87$  баллов ( $P < 0,05$ ).

Показатель ролевого функционирования, обусловленный физическим состоянием и отражающий его влияние на повседневную деятельность, до операции составил  $11,66 \pm 2,64$  баллов, а после –  $90 \pm 3,19$  баллов ( $P < 0,05$ ).

Показатель интенсивности боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью у пациентов до операции составил  $81,46 \pm 2,60$  баллов, а после –  $97,6 \pm 1,24$  баллов ( $P < 0,05$ ).

Показатель общего состояния здоровья, отражающий состояние здоровья в настоящий момент, составил  $25 \pm 1,15$  баллов, в то время как после операции –  $74,33 \pm 1,07$  баллов ( $P > 0,05$ ).

Показатель жизненной активности, который отражает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным, составил  $39 \pm 1,39$  баллов, а после проведенной операции –  $77,67 \pm 1,05$  баллов ( $P < 0,05$ ).

Показатель социального функционирования, определяющий уровень, в котором физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность, составил среди пациентов до операции  $50,83 \pm 2,27$  баллов, а после –  $97,5 \pm 1,59$  баллов ( $P < 0,05$ ).

Показатель ролевого функционирования, обусловленный эмоциональным состоянием и определяющий уровень, в котором эмоциональное состояние мешает выполнению деятельности, составил  $23,89 \pm 2,97$  баллов, а после операции –  $75,56 \pm 3,29$  баллов ( $P < 0,05$ ).

Показатель психического здоровья, характеризующий настроение, наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций, до операции у

пациентов составил  $48,53 \pm 1,23$  баллов, а после –  $81,6 \pm 1,08$  баллов ( $P > 0,05$ ).

У пациентов до операции “физический компонент” качества жизни составил до операции  $33,2 \pm 1,29$  баллов, в то время как в отдаленном послеоперационном периоде –  $87,23 \pm 0,99$  баллов ( $P < 0,05$ ).

“Психологический компонент” качества жизни в дооперационном периоде составил  $38,75 \pm 1,24$  баллов, а спустя 3 месяца и более –  $83,083 \pm 1,28$  баллов ( $P < 0,05$ ).

Общая оценка качества жизни, рассчитанная на основании “физического” и “психологического” компонентов качества жизни, у пациентов до операции составила  $35,975 \pm 1,07$  баллов, а после –  $85,156 \pm 1,02$  баллов ( $P < 0,05$ ).

При анализе результатов оценки компонентов качества жизни пациентов с дефектами кожи и мягких тканей верхней конечности видно, что “физический” компонент качества жизни и “психологический” до операции значительно снижены и практически находятся на одном уровне, это говорит о том, что у данных пациентов наравне с физической проблемой имелась существенная психологическая проблема. И данные показатели увеличились более чем в 2 раза после проведенных операций.

Таким образом, операции с использованием васкуляризованных тканевых лоскутов для замещения дефектов кожи и мягких тканей помогают не только улучшить функцию верхней конечности, но и повышают качество жизни пациентов, что, несомненно, является самым важным критерием проведенных оперативных вмешательств.

#### Литература

1. Иван Б. Матев, Стефан Д. Банков. Реабилитация при повреждениях руки. – М., 1981. – С. 27–36.
2. Groll S., Weidenhammer W., Schmidt A. Considerations on the use of the construct “Quality of life” as a goal variable in clinical research. Schweizerische Rundschau f#252;r Medizin Praxis. – 1991; – V. 80 (20). – P. 560–564.
3. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. – Boston, Mass, 1993.