

Таким образом, опыт РБ по повышению качества лабораторных исследований с использованием современных управленческих подходов, позволяет решать поставленные задачи по повышению качества и доступности оказания медицинской помощи населению.

**Сведения об авторах статьи:**

**Лудупова Евгения Юрьевна** – к.м.н., главный врач ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко». Адрес: 670031, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. E-mail: eludupova@mail.ru.

**Мункоева Дарья Матвеевна** – к.м.н., зав. КДЛ ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко». Адрес: 670031, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. E-mail: darmun@mail.ru

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Долгих, Т.И. Централизация лабораторных исследований: обсуждение проблемы /Т.И. Долгих // Лабораторная диагностика. – 2014. – № 4. (Спецвыпуск). – С.4-6.
2. Оптимизация лабораторной службы мегаполиса: опыт города Москвы / А.Н. Цибин [и др.] //Лабораторная служба. – 2016. – № 4. – С.15-20.
3. Меньшиков, В.В. Клиническая безопасность пациента и достоверность лабораторной информации: лекция//Клиническая лабораторная диагностика. – 2013. – № 6.– С. 29-36.
4. Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? / C. Shaw [et al.] // International Journal for Quality in Health Care. – 2010. – Vol. 22. – P. 445-451.
5. Plebani M. Выявление и предотвращение ошибок в лабораторной медицине / M.Plebani // Analisis of Clinical Biochemistry. – 2009. – Vol. 47(2). – P. 101-110.
6. Годков, М.А. Принципы централизации лабораторных исследований // Лабораторная служба. – 2015. – № 4. – С.3-10.
7. Клименкова, О.А. Индикаторы качества: условия для бенчмаркинга лабораторных услуг /О.А. Клименкова, А.В. Эмануэль // Вестник Росздравнадзора. – 2014. – № 1.– С. 14-22..
8. Зенина, Л.П. Опыт внедрения системы менеджмента качества в отделе лабораторной диагностики ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы: лекция / Л.П. Зенина, М.А. Годков //Клиническая лабораторная диагностика. – 2013. – № 8. – С. 29-35.
9. Зенина, Л.П. Управление качеством лабораторных исследований на постаналитическом этапе в многопрофильном стационаре / Л.П. Зенина, М.А. Годков // Медицинский алфавит. – 2014. – № 4. – С. 5-9.
10. Эмануэль, А.В. Аналитическое качество в лабораторной медицине: проблемы и перспективы: лекция /А.В. Эмануэль, Г.А. Иванов, Ю.В. Эмануэль //Клиническая лабораторная диагностика. – 2014. – № 3.– С. 29-36.

УДК 617.089 (035)

© Коллектив авторов, 2017

А.И. Муродов, З.А. Кадыров, А.Ю. Одилов, З.О. Алиев  
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА  
ПОСЛЕ СИМУЛЬТАННЫХ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ  
И ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ**

*ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва*

В статье приведен сравнительный анализ качества жизни 104 пациентов после симультанных и этапных лапароскопических и традиционных операций по поводу сочетанных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Анализ показал, что процесс активизации, выраженность послеоперационного болевого синдрома по вербальной шкале, анализ расхода наркотических и ненаркотических препаратов достоверно отличается у пациентов после видеоэндоскопических и традиционных операций. Кроме того, оценка качества жизни по шкале SF-36 показала, что по всем показателям (физическое состояние, интенсивность боли, состояние здоровья, жизненная и социальная активность, эмоциональное состояние и психическое здоровье) у пациентов после видеоэндоскопических операций фиксируется более высокая оценка, которая указывает на более высокий уровень качества жизни.

**Ключевые слова:** лапароскопия, симультанные операции, качество жизни больных, сочетанные заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

A.I. Murodov, Z.A. Kadyrov, A.Yu. Odilov, Z.O. Aliev  
**THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER SIMULTANEOUS  
VIDEOENDOSCOPIC AND TRADITIONAL OPERATIONS  
FOR THE COMORBID DISEASES OF ABDOMINAL ORGANS  
AND RETROPERITONEAL SPACE**

The article presents a comparative analysis of quality of life of 104 patients after simultaneous and traditional operations for the comorbid diseases of the abdominal cavity and retroperitoneal space. According to the analysis, revitalization process, severity of postoperative pain syndrome on a verbal scale, analysis of narcotic and non-narcotic medicines authentically differs in patients after videoendoscopic operations and in patients after traditional operations. Besides, the assessment of quality of life by SF-36 scale has shown that by all indicators (physical state, intensity of pain, the state of health, vital activity, social activity, an emotional state and mental health) patients after videoendoscopic operations give more scores, indicating higher level of quality of life.

**Key words:** laparoscopy, simultaneous operations, quality of life of patients, comorbid diseases of abdominal cavity and retroperitoneal space.

Известно, что качество жизни больных после видеоэндоскопических операций значительно лучше, чем после традиционных. Исследование качества жизни позволяет по-новому взглянуть на проблему эффективности лечения того или иного заболевания – не со стороны врача, а со стороны пациента. Оценка качества жизни, проведенная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни [1,2].

В настоящее время существует более 400 методов, позволяющих оценить различные аспекты качества жизни, связанные со здоровьем. Наиболее распространенными общими опросниками в неонкологической хирургической практике являются: MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36) и Euro QoL (EQ – SD) [3-5].

Целью данного исследования явилось сравнительное изучение качества жизни больных после симультанных традиционных и видеоэндоскопических операций при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

#### **Материал и методы**

Исследовано качество жизни 104 больных после симультанных видеоэндоскопических и традиционных операций. Возраст больных варьировал от 16 лет до 81 года и составлял в среднем  $56,4 \pm 6,22$  года.

Все пациенты в зависимости от вида операции были распределены на 3 группы:

I группа (основная) – 40 пациентов, которым выполняли лапароскопические симультанные операции (ЛСО) по поводу сочетанного хирургического заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

II группа – 24 пациента, которым выполняли поэтапно лапароскопические операции (ЛЭО) по поводу сочетанного хирургического заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

III группа – 40 пациентов, которым выполняли симультанные операции традиционным доступом (СТО) по поводу сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости с забрюшинного пространства.

Среди хирургических заболеваний органов брюшной полости преобладали грыжа передней брюшной стенки – 46 (20,4%), острый и хронический калькулезный холецистит – 31 (13,78%), из урологических заболеваний: злокачественные образования почки – 30

(13,3%) и предстательной железы – 21 (9,3%), у 5 (2,2%) пациентов было новообразование надпочечника.

Для определения физического статуса пациента мы использовали шкалу ASA (американское общество анестезиологов). I степень тяжести диагностирована у 11 (19,57%) пациентов, II степень – у 43 (41,34%) и III степень – у 50 (48,07%).

Для определения качества жизни использовали опросник SF-36 (апробация методики была проведена Институтом клинико-фармакологических исследований (г. Санкт-Петербург).

Для оценки интенсивности боли использовали шкалу вербальной оценки боли.

#### **Результаты и обсуждение**

В первые часы после операции с пациентами занимались инструкторы по лечебной физкультуре, протокол проведения занятий был одинаков в обеих группах. При этом установлено, что 32 (83,6%) пациента I группы после первого занятия с инструктором могли сидеть и стоять около кровати, а через 6 час 27 (69,09%) больных уже спокойно ходили с инструктором по палате. В 1-е сутки после операции 36 (91,9%) пациентов ходили спокойно по коридору без помощи инструктора. На 2-е сутки 38 больных самостоятельно обслуживали себя.

После первого занятия 20 (87,5%) пациентов II группы могли сидеть и стоять около кровати, через 6 часов 18 (75%) пациентов могли ходить по палате с инструктором, а через сутки 21 (87,5%) больной ходил по коридору. На 2-е сутки 22 (91,6%) пациента самостоятельно обслуживали себя.

В III группе после первого занятия 24 (60,7%) пациента могли сидеть и стоять около кровати, через 6 часов 18 (44,6%) больных могли ходить по палате с инструктором, через сутки 30 (73,7%) пациентов уже ходили по коридору. Только 7 пациентов на 2-е сутки после операции ходили с инструктором (табл. 1).

Процесс активизации после операции происходит быстрее у больных I и II групп по сравнению с больных III группы. На 3-и, 4-е сутки после операции активизация и восстановление пациентов происходят одинаково.

Таким образом, полное восстановление пациентов I группы происходило быстрее, чем у пациентов II и III групп.

Выраженность послеоперационного болевого синдрома по вербальной шкале боли (ВШБ) (см. рисунок) у больных III группы составила 3,6 балла. У пациентов I группы

интенсивность боли на 3-и сутки была ниже 2 баллов, а у больных III группы выше 2 баллов. Это свидетельствует о том, что интенсивность

послеоперационной боли снижается быстрее после лапароскопических операций, чем после традиционных.

Таблица 1

Группа больных	Процесс восстановления пациентов после операции			
	Занятие, ч			
	первое, от 2 до 6	второе, от 6 до 12	третье, от 12 до 24	2-е сутки
I (n=40)	32(83,6%)	27(69,09%)	36(91,9%)	38 (95%)
II (n=24)	20(87,5%)	18(75%)	21(87,5%)	22(91,6%)
III (n=40)	24(60,7%)	18(44,64%)	30(73,8%)	33(82,5%)
Достоверность различий	p>0,05	p>0,04	p>0,128	p>0,128



Рис. Оценка интенсивности боли после операции по 10-балльной вербальной шкале боли

Непосредственные результаты оценки интенсивности послеоперационной боли по шкале вербальных оценок свидетельствовали о том, что интенсивность боли после симультанных лапароскопических операций при сочетанных заболеваниях органов брюшной по-

лости и забрюшинного пространства слабее, чем после операций, выполненных традиционным доступом.

Анализ расхода наркотических и ненаркотических препаратов и время перехода к таблетированным препаратам для купирования послеоперационного болевого синдрома (табл. 2) показал, что в 1-е сутки после операции все больные получали комбинированные обезболивающие препараты 2 или 3 раза в сутки. На 4-е сутки 88,2% пациентов I группы и 92,6% II группы получали обезболивающие препараты в виде таблеток 1 или 2 раза в день. Больные III группы (67,4%) на 4-е сутки послеоперационного периода получали обезболивающие препараты, а 13 пациентов этой группы – двухкомпонентные анальгезирующие препараты (внутривенно).

Таблица 2

Сроки использования препаратов, сутки	Прием анальгетиков в послеоперационном периоде											
	Группа больных принимающих анальгезирующие препараты											
	I (n=40)				II (n=24)				III (n=40)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1-е			+				+					+
2-е			+				+					+
3-и		+			+	+					+	
4-е	±				±					+		

Примечание. 1 – НПВС в таблетках; 2 – НПВС в/в или в/м; 3 – НПВС, НАП (трамадол), парацетамол в/в или в/м; 4 – НПВС, НАП (трамадол), парацетамол в/в, эпидуральная анестезия (наропин) + принимали 100% больных; ± принимали более 50% больных.

При выполнении симультанных операций традиционным доступом мы использовали эпидуральную анестезию наропином. Анальгезирующие препараты для купирования послеоперационной боли в III группе использовали в 1,3 раза больше, чем у пациентов I, и в 1,37 раза больше, чем у пациентов II группы. Это еще раз подтверждает травматичность открытых операций и из-за значительного повреждения передней брюшной стенки.

Отмечены снижение показателей общего белка и повышение билирубина, АлАТ, АсАТ и креатинина у пациентов III группы по сравнению с I группой. Это относительно подтверждает травматичность выполнения симультанных операций традиционным доступом и тяжелое послеоперационное течение.

Полученные показатели общего анализа

крови свидетельствуют о том, что лейкоцитарная реакция выше у пациентов после СТО (15,56±3,9), чем после СЛО (12,21±4,9). Показатели моноцитов и лимфоцитов, наоборот, были ниже у больных III группы, чем I и II групп. Однако эти данные статистически не достоверные.

Для определения качества жизни у 13 пациентов I группы, у 9 больных II и у 12 III группы мы использовали шкалу SF-36 (табл. 3). Анализ таблицы показывает, что по всем показателям (физическое состояние, интенсивность боли, состояние здоровья, жизненная активность, социальная активность, эмоциональное состояние и психическое здоровье) у пациентов I и II групп отмечается более высокая оценка, которая указывает на более высокий уровень качества жизни.

Оценка качества жизни по шкале SF-36

Шкала SF-36	Группа		
	I (n=13)	II (n=9)	III (n=12)
PF	58,1±20,49	56,02±20,2	57,5±26,25
RP	45±37,08	33,6±27,8	34,38±28,23
BP	66,40±22,33	54,24±21,34	49,60±18,52
GH	58,81±27,49	57,12±28,08	54,55±15,16
VT	64±17,10	60,43±16,89	51,50±17,00
SF	57,50±24,37	58,04±23,56	55,45±21,69
RE	66,40±40,83	54,6±30,67	49,60±28,24
MH	58,80±18,42	57,7±16,2	59,60±14,78

Возвращение к обычной жизни больных после нефрэктомии – это также важный послеоперационный показатель. Наши данные подтверждают, что период реабилитации и возвращение к обычной жизни короче после видеоэндоскопических операции (от 20 до 35 дней, в среднем 26 дней), чем после открытых операций (от 25 до 45 дней, в среднем 34 дня). Мы выявили достоверную разницу в сроках возвращения больных к активной жизни после традиционных и видеоэндоскопических операций. Данная разница между группами была статистически достоверна ( $p < 0,05$ ), что объясняется минимальными инвазивностью и травматичностью доступа эндохирургического вмешательства. Косметический эффект – сум-

марная длина разреза – у пациентов I группы составила 4-15 см, у пациентов II группы 4-17 см и у пациентов III группы – 15-28 см.

### Заключение

Полученные результаты симультанных лапароскопических и традиционных операций подтверждают безопасность, высокую эффективность и минимальную травматичность видеоэндоскопических методов. После видеоэндоскопических методов болевые ощущения менее выражены, а физическая активность более высокая, чем после традиционной нефрэктомии. Вместе с тем при применении традиционных методов достоверно увеличиваются материальные расходы, удлиняются сроки лечения и реабилитации больных.

### Сведения об авторах статьи:

**Муродов Акбар Исмагуллоевич** – аспирант кафедры эндоскопической урологии ФПКМР ФГАОУ ВО РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: hurshed852@mail.ru.

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР РУДН. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: zieratsho@yandex.ru.

**Одилов Аминджон Юсупович** – к.м.н., докторант кафедры эндоскопической урологии. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: dr.odilov-a@mail.ru.

**Алиев Залкип Омарович** – д.м.н., профессор, кафедры эндоскопической урологии. Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6. E-mail: zalkip18@yandex.ru.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кадыров, З.А. Лапароскопические ретроперитонеальные операции в урологии / З.А. Кадыров. – М.: Издательство ГЕОТАР, 2017. – 483 с.
2. Новик, А.А. Исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М., 2004.
3. Using the ICSOoL to measure the impact of lower urinary tract symptoms on quality of life: evidence from the ICS – BPH Study. International Continence Society – Benign Prostatic Hyperplasia / J.L. Bosch [et al.] // Br. J. Urol. – 1997. – V. 80, № 5, – P. 712-721.
4. Should retroperitoneoscopic nephrectomy be the standard of care for benign nonfunctioning kidneys? An outcome analysis based on experience with 449 cases in a 5-year period / N.P. Gupta [et al.] // J. Urol. – 2004. – V. 172, № 4, pt.1. – P. 1411-1413.
5. Pain and health related quality of life in a geographically defined population of men with prostate cancer / G. Sandblom [et al.] // Br. J. Cancer. – 2001. – V. 85, № 4, – P. 479- 503.

УДК 616.683-008.8-0391

© П.Х. Олимов, З.А. Кадыров, М.В. Фаниев, 2017

## Р.Х. Олимов, З.А. Кадыров, М.В. Фаниев СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ И СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ГИДРОЦЕЛЕ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

В статье проведен сравнительный анализ традиционных методов и склеротерапии гидроцеле объемом более 100 мл. Анализ показал, что эффективность склеротерапии после первого сеанса составила 72%, после третьего сеанса – 92%. В связи с отказом от дальнейшей склеротерапии 2 (8%) пациентам после третьего сеанса безуспешной терапии выполнена открытая операция. Послеоперационные осложнения: эпидидимит, орхит, гематома, нагноение раны, лихорадка, расхождение швов, кровотечение, отек и инфильтрация мошонки и семенного канатика – встречались почти в 2 раза чаще после традиционных операций. Полученные результаты лечения показывают минимальную инвазивность и эффективность склеротерапии по сравнению с традиционным методом.

**Ключевые слова:** гидроцеле, склеротерапия, оперативное лечение, пункция гидроцеле, склерозант, яички.