

дисфункцию, в 33,64% – кардиоваскулярную, в 24,55% – гематологическую, в 41,81% – печеночную и в 6,36% – почечную. Неврологические нарушения были у всех детей – 100%.

Любое стрессорное воздействие на организм (дегидратация, гипоксия, ожоги, операционные травмы, кровопотеря) сопровождается включением адаптационных механизмов [5]. В первые сутки дегидратации общий адаптационный механизм характеризуется мобилизацией энергетических, структурных и пластических ресурсов организма и направленным перераспределением их в сторону преимущественного обеспечения систем, ответственных за адаптацию (мозг, сердце, легкие) [5].

Поражение центральной нервной системы у детей, находящихся в критическом состоянии, имеет свои особенности, которые обусловлены метаболизмом, анатомией, физиологией ребенка и способностью его к росту, что обусловлено гибкостью организма [6]. У половины детей, перенесших сепсис и критические состояния, наблюдается нарушение функции центральной нервной системы.

Неврологические поражения ЦНС у детей носят неспецифический характер и, как правило, вторичны [7].

Обращает на себя внимание то, что органная недостаточность была больше выражена на 3-5-е сутки лечения в отделении реанимации. В результате проведенного анализа вклад в полиорганную недостаточность по значимости был следующим: респираторная, неврологическая, кардиоваскулярная, печеночная, гематологическая, почечная. С 5-7 суток лечения количество органов и систем, вовлеченных в ПОН, снижалось в группе детей с благоприятным исходом. Наши результаты согласуются с результатами Gray JE et al., 1992.

Заключение

Таким образом, у детей с синдромом ССВО, сопровождающимся критическим состоянием, при поступлении в отделение реанимации на фоне нарушения метаболизма развивается катаболизм, сопровождающийся дисаминоацидемией. При развитии системного повреждения ключевую роль играет нарушение обмена аминокислот.

Сведения об авторах статьи:

Гизатуллин Раис Хамзаевич – к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: rais_ufa@mail.ru

Камиллов Феликс Хусанович – профессор, д.м.н., зав. кафедрой биологической химии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Игнатенко Ольга Викторовна – к.м.н., зав. отделением реанимации и интенсивной терапии ГКБ № 7 г. Москвы. Адрес: 115446, г. Москва, Коломенский пр-д, 4. Тел. 8(499)782-30-18, 8(499)612-45-66

ЛИТЕРАТУРА

1. Лекманов, А.У. Трудности раннего энтерального питания у детей раннего возраста с термической травмой. / А.У. Лекманов, Ю.В. Ерпулева // Сборник научных трудов I съезда комбустиологов России. – М., 2005. – С. 66-67.
2. Koletzko, B. Nutritional needs of children and adolescents. In: Sobotka L (ed) Basics in Clinical Nutrition. Prague, Galen, 3rd ed, 2004:45-55.
3. Pollack M.M., Ruttimann U.E., Getson P.R. Pediatric risk of mortality (PRISM) score. / M.M. Pollack, U.E. Ruttimann // Crit Care Med 1988 V.16, N11. – P.1110-1116.
4. Оценка тяжести состояния в педиатрии / О.С. Мишарев [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 1990. – № 2. – С. 42-44.
5. Курашвили, Л.В. Липидный обмен при неотложных состояниях / Л.В. Курашвили, В.Г. Васильков. – Пенза, 2003. – 198 с.
6. Eriksson, M. Can severity-of-illness indices for neonatal intensive care predict outcome at 4 years of age / M. Eriksson, L. Bodin, O. Finstrom // Acta Paediatr. – 2002. – N. 91 (10). – P. 1093-1100.
7. Александровская, М.М. Сосудистые изменения в мозгу при различных патологических состояниях / М.М. Александровская. – М.: Медгиз, 1995. – 216 с.

УДК 618.1-089

© А.Н. Додонов, В.Л. Юлдашев, В.Б. Трубин, 2012

А.Н. Додонов, В.Л. Юлдашев, В.Б. Трубин КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАНОВЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Проведено изучение качества жизни 475 пациенток после трансабдоминальных и трансвагинальных гинекологических операций. Перед операцией у женщин с генитальным пролапсом было выявлено снижение качества жизни по параметрам физической активности и сексуального функционирования, что было связано с наличием симптомов основного заболевания. Устранение симптомов генитального пролапса при трансвагинальной гистерэктомии повысило качество жизни пациенток. У женщин с доброкачественными заболеваниями матки и яичников, имевших до операции снижение качества жизни по параметру «физическое функционирование», проведенная радикальная операция привела к снижению качества жизни по параметрам «физическая активность», «психическое, ролевое и социальное функционирование».

Ключевые слова: качество жизни, гинекологические операции.

A.N. Dodonov, V.L. Yuldashev, V.B. Trubin
**QUALITY OF LIFE IN WOMEN AFTER SURGERY ON THE ORGANS
 OF REPRODUCTIVE SYSTEM**

The quality of life of 475 patients after transabdominal and transvaginal gynecological operations has been studied. Before the surgery women with genital prolapse showed reduced quality of life according to the parameters of physical activity and sexual functioning, associated with the symptoms of the underlying disease. Elimination of genital prolapse symptoms with transvaginal hysterectomy resulted in improved quality of life for patients. In women with benign diseases of the uterus and ovaries, having prior to surgery reduced quality of life in the parameter of physical functioning, carried out radical surgery has led to a decrease in quality of life in the parameters of physical activity, mental, role and social functioning.

Key words: quality of life, gynecological surgery.

Оценка эффективности хирургических методов лечения до настоящего времени в основном проводилась по таким критериям, как смертность, продолжительность пребывания в стационаре, наличие осложнений, данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Однако в течение последнего десятилетия произошло осознание того факта, что функциональные параметры являются важнейшими для определения эффективности методов лечения и прогнозирования исходов заболеваний. Среди этих функциональных параметров немаловажное значение имеет изучение интегративных показателей качества жизни [5,7,11].

Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [3,10]. Параметры качества жизни обладают независимой прогностической значимостью и являются более точными факторами прогноза выживаемости и состояния больного во время лечения, чем общесоматический статус [4,8,11]. Повышение качества жизни является конечной целью хирургического лечения. В этой связи пока не изучено влияние того или иного объема хирургического вмешательства на качество жизни больных в послеоперационном периоде, невозможно в полной мере оценить его достоинства и недостатки [1,6,9].

Несмотря на возрастающий интерес в последние годы к изучению качества жизни гинекологических больных, работ, касающихся оценки качества жизни после оперативного лечения на органах репродуктивной системы, в современной литературе мало.

Целью исследования явилось изучение влияния плановых органосохраняющих и радикальных гинекологических операций на интегральные характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования женщин.

Материал и методы

Проведено обследование 475 пациенток, перенесших плановые радикальные и органосохраняющие гинекологические опера-

ции. В зависимости от показаний для оперативного лечения пациентки были разделены на 3 группы: I группа – 180 пациенток, оперированных по поводу доброкачественных опухолей матки и яичников; II группа – 123 больных с опущением стенок влагалища, несостоятельностью мышц тазового дна, элонгацией, гипертрофией, рубцовой деформацией шейки матки; III группа – 172 женщины, оперированные по поводу выпадения матки.

Проводилось комплексное обследование, включающее общепринятые клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования.

Для оценки качества жизни пациенток применялся модифицированный вопросник «Качество жизни женщин», разработанный в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН им. В.И. Кулакова [2].

Анкета-вопросник состоит из 7 разделов: физическая активность (1), сексуальная жизнь (2), психическое состояние (3), социальная активность (4), ролевое функционирование (5), самооценка состояния здоровья (6), самооценка качества жизни (7). Физическую активность пациенток оценивали по следующим параметрам: степень усталости, вялости, сонливости; состояние жизненного тонуса и физической силы, выносливости; способность выполнять значительную физическую нагрузку. В оценке сексуальной жизни женщин до и после операции использовали следующие критерии: изменение сексуальной жизни; чувство дискомфорта во время полового акта; уклонение от половых отношений; чувство сексуальной неудовлетворенности. Психическое состояние оценивалось по следующим параметрам: ослабление памяти; ощущение подавленности, унылого состояния, тревожности или нервозности, чувство эмоциональной нестабильности; снижение интереса к предстоящим событиям. Исследование социального функционирования включало оценку межличностных контактов и социальных связей. В этой категории рассматриваются: изменения во взаимоотношениях с родственниками; отношения с друзьями; нетерпимость по отношению к другим людям; желание побыть

в одиночестве. Категория качества жизни, касающаяся ролевого функционирования, включает следующие аспекты: проблемы в трудовой деятельности; быстрая утомляемость при ведении домашнего хозяйства; изменения во взаимоотношениях с супругом; отношения с детьми. Самооценка женщиной состояния здоровья основывалась на собственном анализе качества сна; изменений функции мочеиспускания; наличия или отсутствия болей внизу живота или пояснице; состояния кишечника.

В каждом из разделов анкеты женщина субъективно оценивает свое самочувствие по различным параметрам в зависимости от интенсивности проявлений от 0 до 5 баллов.

Статистическая обработка полученных данных включала расчет средней арифметической, дисперсии, среднего квадратического отклонения, парного коэффициента корреляции Пирсона с проверкой его статистической значимости с последующим сравнением средних для количественных данных с помощью парного критерия Стьюдента. Статистическая обработка производилась с использованием пакета программ Statistica for Windows, 6.0 StatSoft, Inc (США).

Результаты и обсуждение

Возраст обследованных женщин колебался от 32 до 78 лет. Работающие женщины составляли две трети обследованных. Изучение соматического анамнеза показало, что большинство женщин перенесли ранее различные экстрагенитальные заболевания. В среднем на каждую пациентку приходилось 3,1 перенесенного в анамнезе экстрагенитального заболевания из них в I группе – 3,01, во II группе – 2,5, в III группе – 3,5.

На момент обследования 235 (49,5%) пациенток находились в постменопаузе. Средний возраст наступления менопаузы составил $49,6 \pm 2,5$ года.

В I группе (n=180) в 78,9% случаях показаниями для оперативного лечения явилась

сочетанная патология гениталий (миома матки, аденомиоз, кисты и кистомы яичников, эндометриоз яичников), в 21,1% – изолированная патология тела матки (миома матки, аденомиоз). По поводу выявленной патологии были выполнены следующие оперативные вмешательства: ампутация матки с придатками и без (73 – 40,6%), экстирпация матки с придатками и без (107 – 59,6%).

Показаниями для операции во II группе (n=123) явилась сочетанная патология гениталий (несостоятельность мышц тазового дна, патология шейки матки). У всех женщин II группы были диагностированы несостоятельность мышц тазового дна, генитальный пролапс I стадии по POP-Q (41,5%), генитальный пролапс II стадии по POP-Q (58,5%). Сочетанная патология шейки матки была диагностирована у 68 (55,3%) пациенток. Объем операций во II группе: манчестерская операция у 68 (55,3%) женщин, передняя, задняя кольпоррафия с перинеолеваторопластикой у 55 (44,7%).

Показаниями для оперативного лечения в III группе (n=172) были: пролапс гениталий, несостоятельность мышц тазового дна, в ряде наблюдений сочетанный с доброкачественными опухолями матки (62 – 36%) и яичников (10 – 5,8%). Объем операции во всех наблюдениях – трансвагинальная экстирпация матки с кольпоперинеолеваторопластикой, у 8 (4,7%) женщин сочетанная с односторонним и у 2 (1,2%) с двусторонним удалением придатков.

У всех больных проводились мероприятия согласно современным общепринятым методикам ведения послеоперационного периода.

При исследовании качества жизни женщин были получены следующие результаты. Физическая активность перед операцией была снижена во всех группах, наиболее выраженные нарушения были у пациенток с выпадением матки (табл. 1).

Таблица 1

Показатели	Период времени	Показатели физической активности (M±m)		
		Средние значения (в баллах)		
		I группа (n=180)	II группа (n=123)	III группа (n=172)
Чувство вялости, усталости, сонливости	До операции	3,12±0,76	1,91±0,34	3,93±0,38
	Через 1 год	3,27±0,52*	1,71±0,22	1,81±0,26*
Недостаток энергии, снижение жизненного тонуса	До операции	2,21±0,29	1,61±0,31	3,73±0,33
	Через 1 год	2,52±0,33	1,53±0,26	2,75±0,48*
Недостаток физической силы	До операции	1,73±0,48	1,54±0,29	3,24±0,26
	Через 1 год	2,27±0,55*	1,33±0,41*	1,83±0,38
Физическая активность	До операции	1,91±0,37	1,52±0,36	2,81±0,35
	Через 1 год	2,24±0,51*	1,12±0,25*	1,79±0,19

* Достоверность различий $p < 0,05$ по сравнению с показателями до операции.

После перенесенных органосохраняющих трансвагинальных операций физическая активность пациенток нормализовалась по

всем параметрам. После радикальных трансвагинальных операций физическая активность значительно улучшилась по сравнению с

уровнем до операции, что связано с устранением после операции негативных симптомов, сопровождающих выпадение матки. После трансабдоминальной гистерэктомии показатели физической активности не достигли уровня, который был до операции, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии радикальных трансабдоминальных операций на физическую активность женщин и недоста-

точности компенсаторных возможностей организма после операции.

По параметру сексуальное функционирование перед операцией наибольшие нарушения сексуальной функции были выявлены у женщин с генитальным пролапсом, максимальная степень сексуальных нарушений диагностирована у пациенток с выпадением матки (табл. 2).

Таблица 2

Показатели сексуального функционирования (M±m)				
Показатели	Период времени	Средние значения (в баллах)		
		I группа (n=180)	II группа (n=123)	III группа (n=172)
Снижение либидо	До операции	1,44±0,19	2,05±0,46	2,38±0,32
	Через 1 год	1,93±0,21*	1,13±0,27	1,81±0,18
Чувство дискомфорта во время полового акта	До операции	1,78±0,13	2,78±0,31	4,33±0,53
	Через 1 год	2,48±0,32	1,17±0,22	2,07±0,36*
Уклонение от половых отношений	До операции	1,55±0,28	2,61±0,14	3,01±0,29
	Через 1 год	2,42±0,31	1,53±0,28*	1,97±0,23
Чувство сексуально неудовлетворенности	До операции	2,01±0,34	2,53±0,32	2,99±0,34
	Через 1 год	2,37±0,29*	1,42±0,19	1,88±0,25*
Чувство сексуальной непривлекательности	До операции	2,03±0,37	1,34±0,26	3,53±0,39
	Через 1 год	2,26±0,41	0,93±0,11*	1,64±0,27*

* Достоверность различий $p < 0,05$ по сравнению с показателями до операции.

У пациенток с доброкачественными опухолями матки и яичников сексуальная функция перед операцией практически не была нарушена. После перенесенной трансвагинальной экстирпации уровень сексуальной дисфункции прогрессивно снижался – через год после операции на уровне 1-2 баллов. После трансабдоминальной гистерэктомии показатели на уровне «средней степени» (3 балла), что соответствует уровню до операции.

Таким образом, как органосохраняющие, так и радикальные операции, выполненные трансвагинальным доступом, благоприятно влияют на сексуальную функцию у

женщин, что связано с устранением анатомических нарушений, вызванных генитальным пролапсом.

При оценке психического функционирования, получены следующие результаты (табл. 3). Перед операцией у большинства женщин в ответ на стресс в виде предстоящей операции наблюдались невротические расстройства тревожно-депрессивного характера, что проявлялось повышенными значениями по параметрам «ощущение тревожности или нервозности», «снижение интереса к предстоящим событиям», «чувство эмоциональной нестабильности».

Таблица 3

Показатели психического состояния женщин (M±m)				
Показатели	Период времени	Средние значения (в баллах)		
		I группа (n=180)	II группа (n=123)	III группа (n=172)
Ослабление памяти	До операции	1,37±0,22	0,93±0,11	1,95±0,22
	Через 1 год	2,35±0,19	0,89±0,09	1,67±0,18*
Ощущение подавленного, унылого состояния	До операции	1,46±0,16	1,31±0,19	2,12±0,23
	Через 1 год	2,32±0,31*	0,76±0,06*	1,29±0,24
Ощущение тревожности, нервозности	До операции	2,53±0,32	1,99±0,13	2,63±0,36
	Через 1 год	2,88±0,43*	1,65±0,21	1,88±0,25
Снижение интереса к предстоящим событиям	До операции	2,96±0,39	1,98±0,19	2,36±0,41
	Через 1 год	2,55±0,24	0,99±0,11*	1,76±0,27*
Чувство эмоциональной нестабильности	До операции	2,87±0,27	1,96±0,23	3,12±0,33
	Через 1 год	2,51±0,36*	1,12±0,32	1,94±0,21

* Достоверность различий $p < 0,05$ по сравнению с показателями до операции.

В большей степени психоэмоциональные нарушения у пациенток были связаны с предстоящими радикальными операциями (I и III группы), во II группе нарушения были незначительные. Через год после трансвагинальных операций психологическое функционирование пациенток нормализовалось. По большинству параметров уровень аффективных и личностных расстройств снизился относительно показателей до операции ($p < 0,05$), что говорит о благоприятном влиянии транс-

вагинальных операций на психологическое состояние женщин с генитальным пролапсом. После трансабдоминальных операций уровень аффективных и личностных расстройств повысился ($p < 0,05$), приближаясь к значениям «средней степени», что свидетельствует о недостаточной психологической адаптации пациенток.

Наибольшие отклонения социального функционирования перед операцией выявлены у женщин с выпадением матки, степень

выраженности нарушений находилась на уровне 2-3-х баллов, в остальных группах – 1-2-х баллов (табл. 4).

У женщин, перенесших трансвагинальные радикальные и органосохраняющие операции, показатели нарушений социального функционирования снизились, что свидетель-

ствует об адекватной реакции на оперативное вмешательство и достаточном уровне социальной адаптации. После абдоминальной гистерэктомии через год выявлен рост нарушений социального функционирования, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии последствий абдоминальной гистерэктомии.

Таблица 4

Показатели социального функционирования (M±m)				
Показатели	Период времени	Средние значения (в баллах)		
		I группа (n=180)	II группа (n=123)	III группа (n=172)
Ухудшения во взаимоотношениях с родственниками	До операции	1,12±0,23	0,89±0,19	1,78±0,28
	Через 1 год	1,59±0,29	0,59±0,22*	1,09±0,26
Ограничение числа встреч с друзьями, знакомыми	До операции	1,33±0,27	1,11±0,29	2,63±0,37
	Через 1 год	2,32±0,31	0,64±0,16*	1,03±0,28*
Нетерпимость по отношению к другим людям	До операции	1,19±0,33	0,93±0,18	1,27±0,34
	Через 1 год	2,01±0,24*	0,96±0,11	1,22±0,17*
Желание побыть в одиночестве	До операции	1,78±0,19	1,45±0,23	2,03±0,15
	Через 1 год	2,18±0,26	1,39±0,31	1,59±0,27*

* Достоверность различий $p < 0,05$ по сравнению с показателями до операции.

Перед операцией все женщины в той или иной степени испытывали нарушения ролевого функционирования (таблица 5). Наибольшие отклонения выявлены у женщин с выпадением матки. Через год после перенесенных трансвагинальных операций ролевое функционирование у женщин нормализова-

лось. У женщин, прооперированных по поводу доброкачественных опухолей матки и яичников, после операции показатели нарушений ролевого функционирования выросли по всем параметрам по сравнению с уровнем до операции ($p > 0,05$).

Таблица 5

Показатели ролевого функционирования (M±m)				
Показатели	Период времени	Средние значения (в баллах)		
		I группа (n=180)	II группа (n=123)	III группа (n=172)
Проблемы в трудовой деятельности	До операции	1,78±0,21	1,54±0,18	2,54±0,32
	Через 1 год	2,64±0,29	1,35±0,26	1,82±0,27*
Быстрая утомляемость после ведения домашнего хозяйства	До операции	2,64±0,32	1,38±0,36	1,82±0,35
	Через 1 год	2,87±0,42	1,37±0,23	2,06±0,26
Изменения во взаимоотношениях с супругом	До операции	2,04±0,37	1,63±0,33	2,83±0,44
	Через 1 год	2,17±0,35	1,39±0,25	1,93±0,19*
Изменения во взаимоотношениях с детьми	До операции	1,32±0,28	0,93±0,19	1,76±0,24
	Через 1 год	1,58±0,22	0,69±0,21	1,55±0,17*

* Достоверность различий $p < 0,05$ по сравнению с показателями до операции.

При самооценке состояния здоровья (табл. 6) были получены следующие данные. Перед операцией уровень нарушений сна у женщин I и III групп находился в области значений 1-2 балла, пациентки II группы проблем со сном не имели. После операции нарушения сна в виде бессонницы, беспокойного сна, частого прерывание сна ночью, трудностей с засыпанием были выявлены у женщин, перенесших трансабдоминальные радикальные операции, причем уровень

нарушений вырос (2-3 балла). У пациенток после трансвагинальных операций показатели нарушения сна остались на прежнем уровне. Изменение функций мочеиспускания в виде затрудненного или учащенного мочеиспускания, чувства неполного опорожнения мочевого пузыря, недержания мочи перед операций были отмечены большинством женщин с генитальным пролапсом. Максимальные значения выявлены в III группе (3-4 балла), в группе с опущением стенок влагалища (2-3 балла).

Таблица 6

Показатели самооценки состояния здоровья женщин (M±m)				
Показатели	Период времени	Средние значения (в баллах)		
		I группа (n=180)	II группа (n=123)	III группа (n=172)
Нарушения сна	До операции	1,96±0,26	0,88±0,15	1,78±0,23
	Через 1 год	2,64±0,32*	0,82±0,19	1,94±0,31
Нарушение функции мочеиспускания	До операции	1,23±0,12	2,22±0,25	3,86±0,43
	Через 1 год	1,89±0,34	1,12±0,31	1,44±0,27*
Боли внизу живота	До операции	2,11±0,41	0,45±0,11	2,31±0,26
	Через 1 год	2,84±0,29	0,51±0,09	1,65±0,23
Нарушения акта дефекации	До операции	0,93±0,12	0,58±0,14	2,11±0,17
	Через 1 год	1,22±0,19	0,49±0,18	1,12±0,31*

* Достоверность различий $p < 0,05$ по сравнению с показателями до операции.

В послеоперационном периоде показатели дисфункции мочеиспускания у женщин после трансвагинальных операций прогрессивно снижались, что свидетельствует о положительном влиянии проведенных операций на функцию мочеиспускания. У женщин через год после трансабдоминальных гистерэктомий показатели дисфункции мочевой системы изменились незначительно (1-2 балла).

Боли в нижних отделах живота и пояснице до операции беспокоили женщин с доброкачественными опухолями матки и яичников, выпадением матки, после трансвагинальных радикальных операций постепенно снижаясь до 1-2 баллов, в группе трансабдоминальных радикальных операций частота болевого синдрома достоверно выросла до 2-3

баллов ($p>0,05$). Проблемы со стулом до операции беспокоили в большей степени женщин с выпадением матки, выраженность проявлений находилась на уровне «незначительно» (2-3 балла), через 12 месяцев показатели во всех группах нормализовались.

Перед операцией в I группе качество своей жизни оценили как хорошее только 21,6% респонденток, во II группе – 52,0%, в III группе – 26,7% (табл. 7). После операции хорошим качеством жизни считали 35% женщин I группы, 70,7% II группы и 48,2% III группы (табл. 8).

Результаты оценки качества жизни до и после плановых гинекологических операций коррелируют с данными, представленными в научной литературе другими авторами [3,6,8].

Таблица 7

Общая самооценка качества жизни женщин перед операцией

Качество жизни	I группа (n=180)		II группа (n=123)		III группа (n=172)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
«Плохое»	59	32,8	16	13,0	71	41,3
«Удовлетворительное»	82	45,6	43	35,0	55	32,0
«Хорошее»	39	21,6	64	52,0	46	26,7

Таблица 8

Общая самооценка качества жизни женщин через год после операции

Качество жизни	I группа (n=180)		II группа (n=123)		III группа (n=172)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
«Плохое»	34	18,9	5	4,1	22	12,8
«Удовлетворительное»	83	46,1	31	25,2	67	39,0
«Хорошее»	63	35,0	87	70,7	83	48,2

Выводы

1. У пациенток с несостоятельностью мышц тазового дна и сочетанной патологией шейки матки перед операцией качество жизни снижено за счет нарушения физической активности и сексуального функционирования, после операции все параметры нормализовались, что говорит о благоприятном влиянии органосохраняющих трансвагинальных операций на качество жизни пациенток.

2. Перед операцией у женщин с выпадением матки качество жизни снижено по показателям физического, психического и сексуального функционирования. После операции показатели значительно улучшились, что свидетельствует о положительном влиянии

трансвагинальной гистерэктомии на качество жизни женщин с генитальным пролапсом.

3. У женщин с доброкачественными опухолями матки и яичников перед операцией качество жизни снижено по параметрам физической активности, психического функционирования. После операции ухудшилось психическое, ролевое и социальное функционирование, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии радикальных трансабдоминальных операций на качество жизни женщин, несмотря на благоприятные отдаленные результаты хирургического лечения, что является основанием для разработки программы социально-психологической адаптации и реабилитации женщин.

Сведения об авторах статьи:

Додонов Алексей Николаевич – к.м.н., врач-ординатор отделения гинекологии №1 МБУЗ ГКБ №8. Адрес: г. Уфа, ул. 40 лет Октября, 1. E-mail: zxpola@yandex.ru

Юлдашев Владимир Лабирович – д.м.н., профессор, зав кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3.

Трубин Владимир Борисович – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №2 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева, И.Ю. Соматоформные расстройства и качество жизни у пациенток гинекологического стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2004. – 22 с.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. – М.: Медицина, 1999. – 312с.

3. Кустаров, В.Н. Качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса матки / В.Н. Кустаров, Т.С. Салуквадзе // Мать и дитя: материалы VII Российского форума. - М., 2005. - С. 398-399.
4. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова / под ред. Ю.Л. Шевченко. - 2-е изд. - М.: ОЛМАПРЕСС, 2007. - 313 с.
5. Barber M.D., Amundsen C.L., Paraiso M.F. Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery // Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. - 2007. - Vol.18, №7. - P.799-806.
6. Bovbjerg V.E., Trowbridge E.R., Barber M.D. Patient-centered treatment goals for pelvic floor disorders: association with quality-of-life and patient satisfaction // Am J. Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol. 200, №5. - P. 1-6.
7. Lemyre M., Comparison of morbidity associated with laparoscopic myomectomy and hysterectomy for the treatment of uterine leiomyomas / Lemyre M., Bujold E., Lathi R., // J Obstet Gynaecol Can. 2012. Vol. 34, №1. - P. 57-62.
8. Nieboer T.E. Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial / Nieboer T.E., Hendriks J.C., Bongers M.Y. // Obstet Gynecol. 2012. - Vol. 119, №1. - P. 85-91.
9. Plotti F. Sexual function after modified radical hysterectomy (Piver II/Type B) vs. classic radical hysterectomy (Piver III/Type C2) for early stage cervical cancer. A prospective study / Plotti F., Nelaj E., Sansone M. // J Sex Med. 2012. - Vol. 9, №3. P. 909-917.
10. Reitsma M.L. Does health-related quality of life improve in women following gynaecological surgery? / Reitsma M.L., Vandenkerkhof E.G., Johnston S.L. // J Obstet Gynaecol Can. 2011. - Vol. 33, №12. - P.1241-1247.
11. Stadnicka G., Iwanowicz-Palus G., Mazurek A., Pieta B. The feeling of life satisfaction in patients after hysterectomy // Ginekol Pol. 2012. - Vol.83, №5. - P.347-352

УДК 616.24-002

© О.З. Кузовкина, Г.А. Мавзютова, Р.М. Фазлыева, Г.А. Мухетдинова, Н.А. Кудашева, 2012

О.З. Кузовкина, Г.А. Мавзютова, Р.М. Фазлыева, Г.А. Мухетдинова, Н.А. Кудашева

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Целью данной работы явилась комплексная оценка значимости определения содержания С-реактивного протеина и альвеомуцина в сыворотке крови для оценки степени тяжести внебольничной пневмонии.

Материал и методы исследования: нами было обследовано 285 больных внебольничной пневмонией, не имеющих сопутствующих заболеваний, отягощающих прогноз. Кроме общего клинического обследования больных по медико-экономическим стандартам проводилось количественное определение содержания в крови С-реактивного протеина и альвеомуцина.

Результаты и выводы: наряду с клиническими, рентгенологическими и общепринятыми лабораторными критериями степени тяжести определение количественного показателя С-реактивного протеина и содержания альвеомуцина в сыворотке крови позволяет повысить объективность оценки степени тяжести заболевания и тем самым индивидуализировать тактику проведения терапевтических мероприятий больным с внебольничной пневмонией.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, С-реактивный протеин, альвеомуцин.

O.Z. Kuzovkina, G.A. Mavzyutova, R.M. Fazlyeva, G.A. Mukhetdinova, N.A. Kudasheva

CLINICAL AND LABORATORY CRITERIA OF MODERATELY SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

The purpose of this study was to estimate the set of clinical and laboratory parameters as criteria for severity of pneumonia.

Material and methods: we examined 285 patients with community-acquired pneumonia without comorbidity burdening the forecast. Besides the general clinical examination of patients by health-economic standards, the blood levels of C-reactive protein and alveomucin antigen have been quantified.

Results and conclusions: In addition to the clinical, radiological and conventional laboratory criteria for severity quantification of C-reactive protein and mucin antigen content in blood serum can improve the objectivity of the severity of the disease and thereby individualize the tactics of therapy for community-acquired pneumonia patients.

Key words: community-acquired pneumonia, C-reactive protein, mucin antigen.

Одной из важнейших клинических задач пульмонологии и терапии является определение степени тяжести внебольничной пневмонии (ВП). В настоящее время в литературе представлены общепринятые клинические и лабораторные критерии степени тяжести пневмоний, основанные на ретроспективном анализе данных большого числа больных, перенесших ВП. Повысить объективность оценки тяжести локального и системного воспалений может определение биохимических маркеров повреждения легочной ткани и острофазовых белков [2,4,5]. Целью данной работы явилась комплексная оценка значимо-

сти определения содержания С-реактивного протеина и альвеомуцина в сыворотке крови для оценки степени тяжести внебольничной пневмонии.

Материал и методы

Исходя из поставленной цели нами было обследовано 285 больных в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст $41,7 \pm 1,3$ года), среди них 138 (48,4%) мужчин и 147 (51,6%) женщин, не имеющих сопутствующих заболеваний, отягощающих прогноз.

Распределение больных по степени тяжести и прогнозу заболевания проводилось с использованием прогностической шкалы