

БАРСЕГЯН АРТУР ГАРИКОВИЧ

**Качество жизни пациентов с заболеваниями органов
мочеполовой системы при использовании
эндовидеохирургических и миниинвазивных методов лечения**

14.01.04 – внутренние болезни

14.01.23 – урология

Автореферат

диссертация на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Институте усовершенствования врачей Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научные руководители:

Федоренко Денис Анатольевич - доктор медицинских наук, доцент
Ханалиев Бениамин Висампашаевич - доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Тыренко Вадим Витальевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель кафедры факультетской терапии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

Костюк Игорь Петрович – доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, кафедра военно-морской хирургии, доцент кафедры.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «__» сентября 2020года в 12:00 часов на заседании объединенного диссертационного совета Д 999.052.02, созданного на базе ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России и ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского» (105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д.70).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института усовершенствования врачей ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России (105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 65) и на сайте www.pirogov-center.ru.

Автореферат разослан _____ 2020 г.

Ученый секретарь объединенного диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор
Матвеев Сергей Анатольевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Актуальность проблемы обусловлена значительной распространенностью патологии органов мочеполовой системы в мире, приводящей к общему снижению качества жизни (КЖ) населения. Это представляет собой серьезную социально-экономическую проблему. По данным ВОЗ в экономически развитых странах болезни органов мочевыделительной (МВС) и мужской половой систем в общей структуре заболеваемости человека составляют 5,0-6,0% и занимают 7 (1,4-2,2%) место в структуре смертности населения. Урологические болезни поражают все возрастные группы, но чаще в наиболее трудоспособном возрасте и являются одной из частых причин потери трудоспособности. Самые высокие показатели урологической заболеваемости в мире регистрируются среди лиц в возрасте 20-40 лет (Аляев Ю. Г., Лопаткин Н. А., Аль Шукри С.Х., Ткачук В.Н.). На сегодняшний день многие пациенты уделяют большое внимание эстетическим и миниинвазивным аспектам лечения. Это вынуждает специалистов разрабатывать и применять новые методы и способы хирургического вмешательства по поводу патологии органов МВС. Открытые операции по поводу мочекаменной болезни (МКБ) уходят на второй план, в то время как всё большую «популярность» обретают эндоскопические методы вмешательства, такие как: дистанционная литотрипсия (ДЛТ), контактная литотрипсия (КЛТ), перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ), ретроградная интратрениальная хирургия (РИРХ). Во многих странах мира золотым стандартом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) является трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР-ПЖ). Робот-ассистированная простатэктомия становится основным методом хирургического лечения локализованного рака предстательной железы (Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Ветшев П.С.) . В США за июль 2014 г. клиники располагали 2153 системами «da Vinci». В России на настоящий момент установлено 25 систем «da Vinci».

Исследование проблемы качества жизни началось во второй половине XX в. Среди многих направлений, изучающих качество жизни, возникла проблема взаимосвязи КЖ и здоровья человека. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важнейшее значение и влияющими на его состояние. Таким образом, качество жизни отражает степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках общества (Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Ионова Т.И, Мельниченко В.Я.).

Оценивая качество жизни, нельзя забывать, что его параметры не могут быть постоянными, они будут различны для разных групп населения, с разными социальными условиями, и для разных стран и регионов. КЖ дает возможность совместить объективные и субъективные оценки состояния здоровья. Использование оценки КЖ в медицине в различных направлениях дает информацию о физическом, психологическом, эмоциональном состояниях человека, что напрямую связано с его состоянием здоровья. У лиц молодого возраста КЖ имеет чрезвычайно важное значение. Показатель качества жизни может служить отражением здоровья человека. Таким образом, оценка показателей качества жизни пациентов, страдающих заболеваниями органов мочевыделительной системы, до и после миниинвазивных методов лечения помогают врачу-урологу прогнозировать возможный послеоперационный результат, оценить потребность в консервативном введении пациентов в поздний послеоперационный период. Кроме того, отсутствие обобщенных данных о психологическом и физическом факторе состояния КЖ у пациентов после эндоскопических вмешательств еще раз подтверждает актуальность данного исследования.

Цель исследования:

Оптимизировать применение эндовидеохирургических методов лечения у пациентов с заболеваниями органов мочеполовой системы на основе оценки динамики показателей качества жизни.

Задачи:

1. Определить исходные показатели качества жизни пациентов с МКБ, ДГПЖ и РПЖ до хирургического лечения;
2. Проанализировать и оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с применением эндовидеохирургических методов лечения;
3. Изучить показатели качества жизни пациентов через 3 месяца после хирургического лечения в объеме ДЛТ, КЛТ, ПНЛ, ТУР-ПЖ, РИРХ и РАРП;
4. Провести сравнительный анализ показателей качества жизни у больных через 6 месяцев после ДЛТ, КЛТ, ПНЛ, ТУР-ПЖ, РИРХ, РАРП и здоровых людей;
5. Разработать алгоритм лечения МКБ, ДГПЖ и РПЖ, позволяющий минимализировать влияние хирургического вмешательства на качество жизни пациентов.

Научная новизна:

Впервые на основе большого клинического материала многопрофильного медицинского учреждения с использованием диагностических инструментальных и лабораторных методов исследования с привлечением широкого спектра специалистов оценено влияние эндовидеохирургических методов лечения на показатели уровня КЖ пациентов.

Выполнен сравнительный анализ показателей КЖ пациентов с возможной коррекцией консервативной терапии в послеоперационном периоде.

Создан алгоритм ведения пациентов в амбулаторных условиях после оперативных вмешательств по поводу МКБ, ДГПЖ и РПЖ, позволяющий в послеоперационном периоде улучшить показатели качества жизни.

Теоретическая и практическая значимость работы:

Определены исходные показатели качества жизни пациентов с мочекаменной болезнью, доброкачественной гиперплазией предстательной железы и локализованной формой рака предстательной железы.

Проведена оценка динамики показателей КЖ и эффективности выполнения эндовидеохирургических методов лечения при лечении пациентов с мочекаменной болезнью, доброкачественной гиперплазией предстательной железы и локализованной формой рака предстательной железы.

Изучены результаты лечения через 3 и 6 месяцев после выполнения дистанционной литотрипсии, контактной литотрипсии, пункционной нефролитотрипсии, трансуретральной резекции предстательной железы, ретроградной интравенальной хирургии и робот-ассистированной простатвезикулэктомии.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Стратификация качества жизни пациентов является необходимым критерием для всесторонней оценки результатов проводимого лечения.
2. Метод оценки качества с использованием специфических и общих опросников является достоверным для верификации психологических и физических составляющих здоровья пациента.
3. Эндовидеохирургические операции в настоящий момент являются оптимальным миниинвазивным хирургическим методом вмешательства.
4. Оперативные вмешательства, проведенные с использованием миниинвазивных технологий сохраняют высокие показатели качества жизни у пациентов, которым проводилась коррекция нежелательных эффектов от проводимого хирургического лечения в амбулаторных условиях.

Степень достоверности и апробация работы.

Основные результаты диссертационного исследования доложены на:

1. VI Российском конгрессе по эндоурологии и новым технологиям с международным участием.- Санкт-Петербург, 2018
2. XVIII конгрессе Российского общества урологов и Российско-Китайского форума по урологии.- Екатеринбург, 2018.
3. Евразийском конгрессе урологов. – Уфа, май 2019 г.

Материалы диссертации используются при преподавании на кафедре гематологии и клеточной терапии, на кафедре внутренних болезней, на кафедре урологии и нефрологии ИУВ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ и в профильных лечебных отделениях ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ.

Публикации.

По теме диссертации опубликовано 7 работ, в том числе 4 статьи в рецензируемых изданиях.

Объем и структура диссертации.

Диссертация представлена на 98 страницах печатного текста. Состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложений (А, Б). Работа иллюстрирована 11 таблицами, 7 рисунками. Список литературы представлен 183 источниками литературы, из которых 64 отечественных и 119 иностранных авторов.

Методы и методология исследования.

Проведено когортное, проспективное исследование. Основу работы составили 570 пациентов с различными заболеваниями урологического профиля (МКБ, ДППЖ, РПЖ). В работу вошли результаты применения

эндовидеохирургических методов лечения у всех пациентов. Распределение пациентов по группам, полу и возрасту представлено на таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по группам, полу и возрасту.

Вид оперативного вмешательства	Пол		Возраст (г.)
	М	Ж	
1. ТУР-ПЖ	150	0	50-75
2. ДЛТ	100	70	22-69
3. РИРХ	80	50	25-72
4. ПНЛТ	45	25	30-68
5. РАРП	50	0	59-75
6. Здоровые люди	60	40	25-65

Перед началом исследования пациенты проходили анкетирование с помощью опросника SF-36 для всех групп, и с помощью специфического опросника IPSS для первой, пятой и контрольной группы у мужчин. Были определены критерии включения и исключения, применимые для каждого пациента, участвовавшего в исследовании (таблица 2).

Таблица 2. Критерии включения и исключения в исследование.

Критерии включения:

- Лица мужского и женского пола от 18 до 75 лет
- Установленный диагноз ДППЖ, МКБ или РПЖ
- Согласие пациента на плановое оперативное вмешательство и участие в исследовании

Критерии исключения:

- Объем предстательной железы более 100 см³.
- Наличие коралловидного нефролитиаза
- Наличие конкрементов мочеточника
- Травмы таза и нижних конечностей в анамнезе
- Беременность
- Перенесенные ранее оперативные вмешательства на органах МВС
- Аномалии развития органов МВС
- Наличие регионарных или отдаленных метастазов при РПЖ на остеосцинтиграфии
- Выявление РПЖ после ТУР-ПЖ
- Выявление положительного хирургического края после РАРП
- Наличие тотального недержания мочи после РАРП

Методы статистической обработки данных

Анализ данных производился с помощью стандартных методов статистической обработки с использованием программного обеспечения для ПК: Microsoft Excel 2016 и Statistica 10.0. Для представления полученных данных использовались методы описательной статистики. Количественные показатели представлены в виде средних и стандартных квадратических

отклонений, а качественные признаки сгруппированы в таблицы сопряжённости. Количественные данные в группах проверялись на нормальность распределения с помощью теста Шапиро-Уилка (Shapiro-Wilk's W-test), затем проверялась гипотеза о равенстве дисперсий с помощью теста Левена (Leven). Для проверки статистических гипотез был использован непарный t-тест Стьюдента и непараметрический критерий Манна-Уитни для оценки значимости межгрупповых различий по количественным признакам. Для анализа взаимосвязи между количественными признаками использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для всех критериев и тестов критический уровень значимости принимался равным 5%, то есть нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования

В контрольную группу вошли 100 человек в возрасте от 25 до 65 лет. В исследование вошли 60 мужчин и 40 женщин. При оценке уровня качества жизни с помощью опросников SF-36 и дополнительно IPSS для мужчин не было выявлено значимого снижения показателей. У всех людей из контрольной группы не наблюдалось наличия хронических сопутствующих заболеваний, влияющих на повседневную жизнь. При прохождении ежегодной диспансеризации функциональных нарушений выявлено не было. При анкетировании опросником IPSS у всех здоровых мужчин выявлялось от 0 до 5 баллов суммарно.

Результаты опросника SF-36 представлены в таблице 3 и рисунке 3.

Таблица 3. Качество жизни здоровых людей согласно опроснику SF-36.

Шкала SF-36	Значение $M \pm m$ N=100
Физическое функционирование (PF)	85 ($\pm 3,3$)
Ролевое функционирование,	86 ($\pm 1,5$)

обусловленное физическим состоянием (RP)	
Интенсивность боли (BP)	94 ($\pm 1,2$)
Общее состояние здоровья (GH)	76 ($\pm 3,8$)
Жизненная активность (VT)	77 ($\pm 1,2$)
Социальное функционирование (SF)	87,5 ($\pm 1,8$)
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	86 ($\pm 3,9$)
Психическое здоровье (MH)	80 ($\pm 3,1$)

На догоспитальном этапе пациенты первой группы проходили анкетирование неспецифическим опросником SF-36 и специфическим опросником IPSS. При анализе выявлено выраженное снижение всех показателей SF-36 и увеличение суммарного балла IPSS до 20 (± 5) баллов. Всем 150 мужчинам при проведении урофлоуметрии выявлено снижение Q_{max} до 9 мл/с ($\pm 3,2$ мл/с). Не менее чем за 2 месяца до оперативного вмешательства, 25 пациентам проведена трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы с целью исключения онкологического процесса простаты, вследствие увеличения значений ПСА крови. При выполнении УЗИ органов мочеполовой системы у 103 пациентов выявлено наличие остаточной мочи до 70 (± 45) мл. Основными жалобами пациентов являлись: вялой струей мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, ночное мочеиспускание (до 8 раз), вследствие чего появлялось нарушение сна с дальнейшим нарушением дневной активности. Всем пациентам были определены показания для проведения ТУР-ПЖ. Результаты опросника SF-36 у пациентов с ДГПЖ представлены в таблице 4.

Таблица 4. Качество жизни пациентов с ДГПЖ до выполнения ТУР-ПЖ согласно опроснику SF-36.

Шкала SF-36	Значение M±m N=150
Физическое функционирование (PF)	65 (±7,3)
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	25 (±8,5)
Интенсивность боли (BP)	62 (±3,2)
Общее состояние здоровья (GH)	30 (±3,8)
Жизненная активность (VT)	35 (±2,2)
Социальное функционирование (SF)	50 (±3,8)
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	33,3 (±33,9)
Психическое здоровье (MH)	64 (±3,1)

Во вторую группу вошли 170 пациентов с единичными камнями чашечек (кроме нижней) до 10 мм, подвергшихся сеансам ДЛТ. Возраст пациентов – от 22 до 69 лет. Во второй группе присутствовало 100 мужчин и 70 женщин. Основными жалобами пациентов являлись периодический тянущий дискомфорт в поясничной области, окрашивание мочи примесью крови, некоторое снижение физической активности. Существенных различий в жалобах между мужчинами и женщинами выявлено не было. Всем пациентам проведена МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с целью оценки локализации конкремента/ов, определения их плотности и оценки архитектоники ЧЛС почек для прогнозирования самостоятельного отхождения фрагментов конкремента. Ни одному пациенту из второй группы не проводилось предварительного стентирования мочеточников. Результаты опросника SF-36 у пациентов с камнями почек до 10 мм (кроме нижней чашечки) представлены в таблице 5.

Таблица 5. Качество жизни пациентов с камнями почек до 10 мм (кроме нижней чашечки) до выполнения ДЛТ согласно опроснику SF-36.

Шкала SF-36	Значение M±m N=170
Физическое функционирование (PF)	85 (±7,3)
Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием (RP)	100 (±4,5)
Интенсивность боли (BP)	51 (±5,2)
Общее состояние здоровья (GH)	37 (±4,8)
Жизненная активность (VT)	55 (±4,2)
Социальное функционирование (SF)	75 (±5,8)
Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	33,3 (±33,9)
Психическое здоровье (MH)	64 (±5,1)

В третью группу проводимого исследования вошли 130 пациентов с камнями почек от 10 до 20 мм, которым проводилась РИРХ. Возраст пациентов – от 25 до 72 лет. Из них присутствовало 80 мужчин и 50 женщин. Основными жалобами пациентов являлись периодический тянущий дискомфорт в поясничной области, окрашивание мочи примесью крови, значительное снижение физической активности, присутствовали такие жалобы как вынужденное положение тела во время сна. Существенных различий в жалобах между мужчинами и женщинами выявлено не было. Всем пациентам проведена МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с целью оценки локализации конкремента/ов, определения их плотности и оценки архитектоники ЧЛС. 110 пациентам проведено предварительное стентирование мочеточников. Результаты опросника SF-36 у пациентов с камнями почек от 10 до 20 мм представлены в таблице 6.

Таблица 6. Качество жизни пациентов с камнями почек от 10 до 20 мм до выполнения РИРХ согласно опроснику SF-36.

Шкала SF-36	Значение M±m N=130
Физическое функционирование (PF)	70 (±5,3)
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	100 (±5,5)
Интенсивность боли (BP)	51 (±5,5)
Общее состояние здоровья (GH)	25 (±8,8)
Жизненная активность (VT)	50 (±5,2)
Социальное функционирование (SF)	62,5 (±7,8)
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	33,3 (±33,9)
Психическое здоровье (MH)	56 (±7,1)

Четвертую группу пациентов составили 70 человек с камнями почек более 20 мм, коралловидный нефролитиаз не включался в исследование. Возраст пациентов колебался от 30 до 68 лет. В четвертой группе находилось 45 мужчин и 25 женщин. Пациенты отмечали значительное усиление болевого синдрома в поясничной области, ограничивающее их физическую активность. Результаты опросника SF-36 у пациентов с камнями почек более 20 мм представлены в таблице 7.

Таблица 7. Качество жизни пациентов с камнями почек более 20 мм до выполнения ПНЛТ согласно опроснику SF-36.

Шкала SF-36	Значение M±m N=70
Физическое функционирование (PF)	55 (±8,3)
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	25 (±10,5)
Интенсивность боли (BP)	32 (±7,5)
Общее состояние здоровья (GH)	20 (±8,8)
Жизненная активность (VT)	45 (±7,2)
Социальное функционирование (SF)	50 (±7,8)
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	33,3 (±33,9)
Психическое здоровье (MH)	48 (±8,1)

Пятую группу заняли 50 пациентов с локализованной формой РПЖ, которым проводилась робот-ассистированная простатэктомия. Возраст пациентов – 59 – 75 лет. Пациенты жаловались на мочеиспускание вялой струей, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, ночное мочеиспускание (до 7 раз). Всем пациентам окончательный диагноз устанавливался на основании результатов гистологического исследования. Все пациенты в пятой группе имели аденокарциному предстательной железы с индексом Глисона 3+3 6 баллов. Всем пациентам на догоспитальном этапе проводилась МРТ органов малого таза с контрастированием, при повышении значений общего ПСА крови выше 10 нг/мл дополнительно выполнялась остеосцинтиграфия для исключения наличия отдаленных метастазов. Суммарный балл по опроснику IPSS составил 15 (±7) баллов.

Результаты опросника SF-36 у пациентов с локализованной формой РПЖ представлены в таблице 8.

Таблица 8. Качество жизни пациентов с локализованной формой РПЖ до выполнения РАРП согласно опроснику SF-36.

Шкала SF-36	Значение M±m N=50
Физическое функционирование (PF)	75 (±6,3)
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	50 (±7,5)
Интенсивность боли (BP)	84 (±5,5)
Общее состояние здоровья (GH)	15 (±6,8)
Жизненная активность (VT)	35 (±4,2)
Социальное функционирование (SF)	62,5 (±4,8)
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	33,3 (±33,9)
Психическое здоровье (MH)	36 (±9,1)

Мониторинг и оценка уровня качества жизни у пациентов с заболеваниями органов мочеполовой системы через 3 и 6 месяцев после выполнения плановых оперативных вмешательств

Всем пациентам первой группы в плановом порядке выполнялось оперативное вмешательство в объеме ТУР-ПЖ. Уретральный катетер удалялся на 5 (±2) сутки после операции. На следующие сутки после удаления уретрального катетера проводилась контрольная урофлоуметрия, при которой выявлено повышение Q_{max} до 15 (±7) мл/с. 20 пациентам понадобилась дальнейшая консервативное долечивание в амбулаторных условиях, при оценке отдаленных результатов хирургического лечения

нарушений мочеиспускания выявлено не было. Суммарный балл по опроснику IPSS составил 8 баллов (± 4) балла (рис. 8).

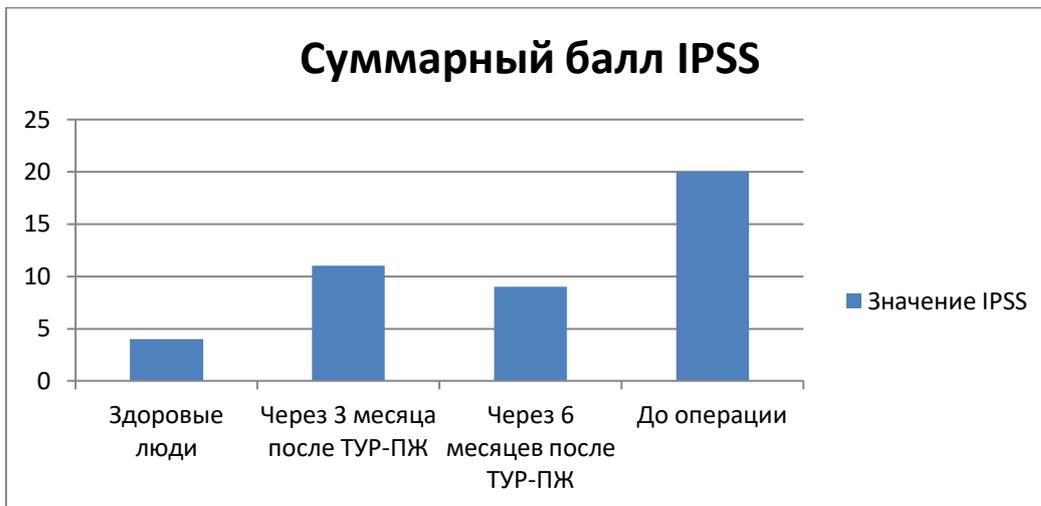


Рис. 8. Сравнение результатов опросника IPSS здоровых людей и пациентов, перенесших ТУР-ПЖ через 3 и 6 месяцев.

Через 3 месяца после проведения пациентами в амбулаторном порядке пройдено повторное анкетирование с помощью опросника SF-36, при котором выявлено значительное повышение всех показателей. Через 6 месяцев после ТУР-ПЖ пациенты прошли повторное анкетирование, при котором не выявлено стойкое повышение всех показателей опросника, сопоставимое со здоровыми людьми.

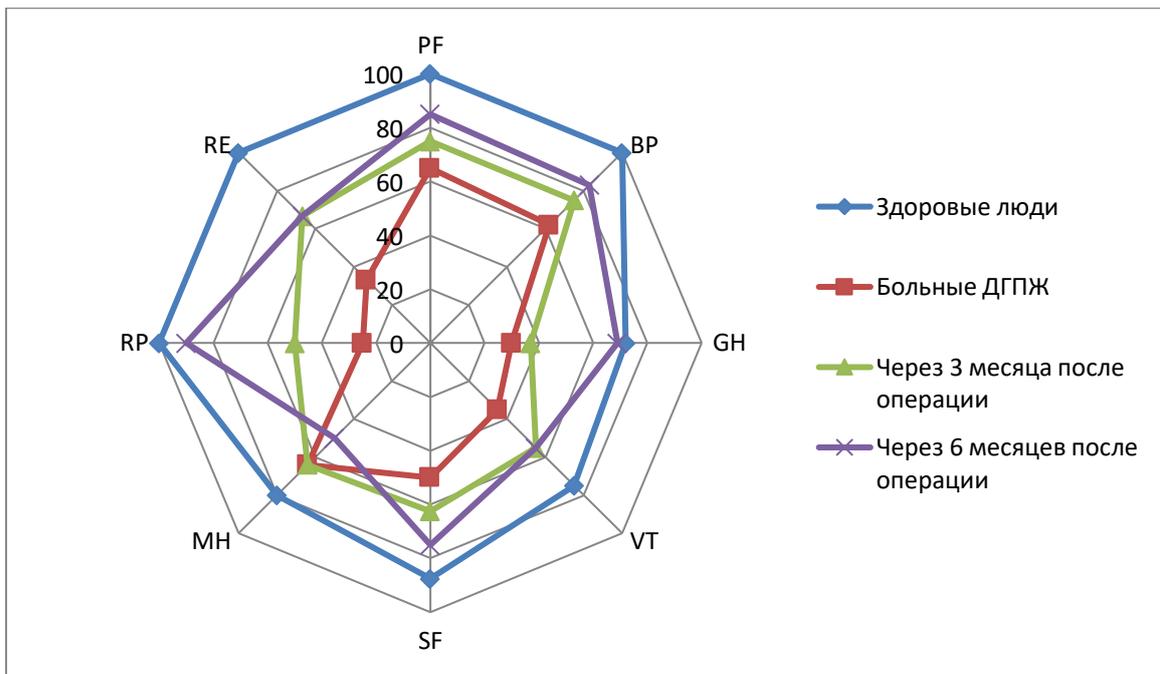


Рис. 9. Сравнение уровня качества жизни пациентов с ДГПЖ, через 3 и 6 месяцев после ТУР-ПЖ и здоровых людей в соответствии с опросником SF-36 у контрольной группы (здоровые люди). PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT –жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH – психическое здоровье.

Всем пациентам второй группы проводилось плановое оперативное вмешательство по поводу конкремента почки до 10 мм в объеме ДЛТ. Ранний послеоперационный период всех пациентов протекал гладко, не наблюдалось образования каменной дорожки в мочеточнике. 40 пациентам потребовалось проведение повторного сеанса ДЛТ вследствие недостаточной эффективности первого сеанса. При контрольном УЗИ органов мочевой системы эхо-признаков наличия резидуальных фрагментов конкремента выявлено не было. 70 пациентов выполнили контрольную МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием, при которой наличия конкрементов также не было выявлено. Средняя

продолжительность госпитализации составила 3 (± 4) дня. Пациенты прошли повторное анкетирование через 3 месяца и 6 месяцев, при котором выявлено повышение всех показателей SF-36 уже на 3 месяца со стойким сохранением всех параметров до 6 месяцев (Рис. 10).

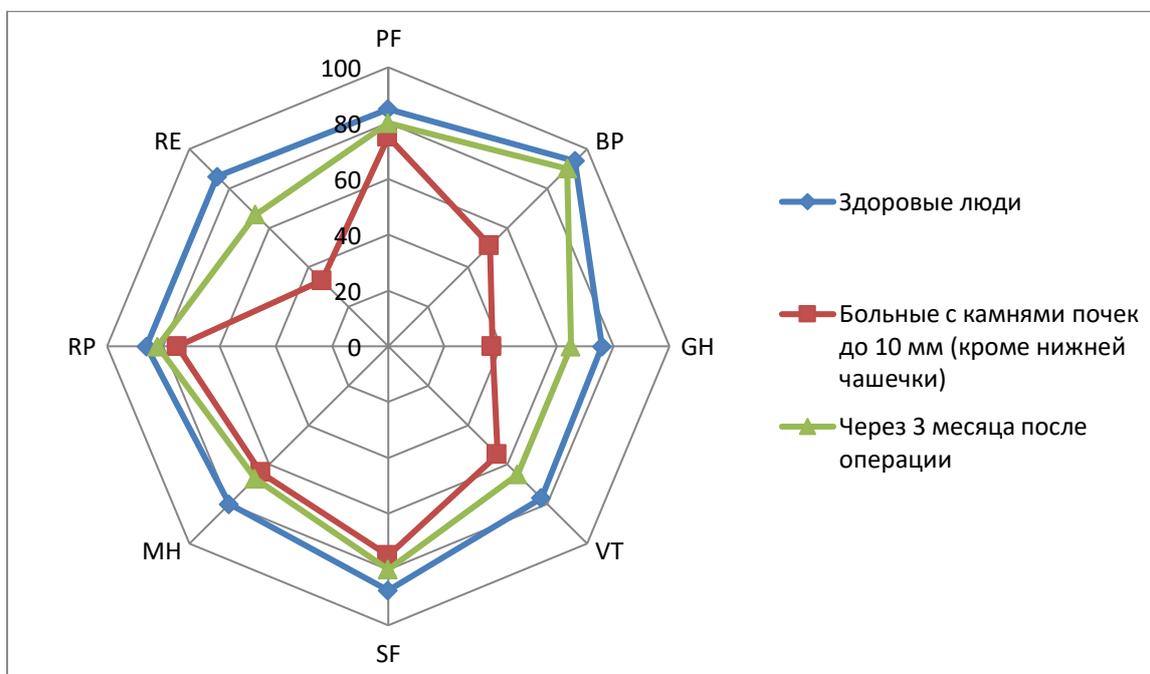


Рис. 10. Сравнение уровня качества жизни пациентов с камнями почек до 10 мм (кроме нижней чашечки) до выполнения ДЛТ, через 3 месяца, 6 месяцев и здоровых людей в соответствии с опросником SF-36 у контрольной группы (здоровые люди). PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT –жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MN – психическое здоровье.

Всем пациентам третьей группы (N=130) проводилось плановое оперативное вмешательство по поводу конкремента почки от 10 до 20 мм в объеме РИРХ. 110 потребовалось предварительное стентирование мочеточника с целью профилактики травматических осложнений. 40

пациентам потребовалось повторное стентирование мочеточника. При контрольном УЗИ органов мочевой системы эхо-признаков наличия резидуальных фрагментов конкремента выявлено не было. 70 пациентов выполнили контрольную МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием, при которой наличия конкрементов также не было выявлено. Средняя продолжительность госпитализации составила $2 (\pm 2)$ дня. Пациенты прошли повторное анкетирование через 3 месяца и 6 месяцев, при котором выявлено повышение всех показателей SF-36 уже на 3 месяц со стойким сохранением всех параметров до 6 месяцев (Рис. 11).

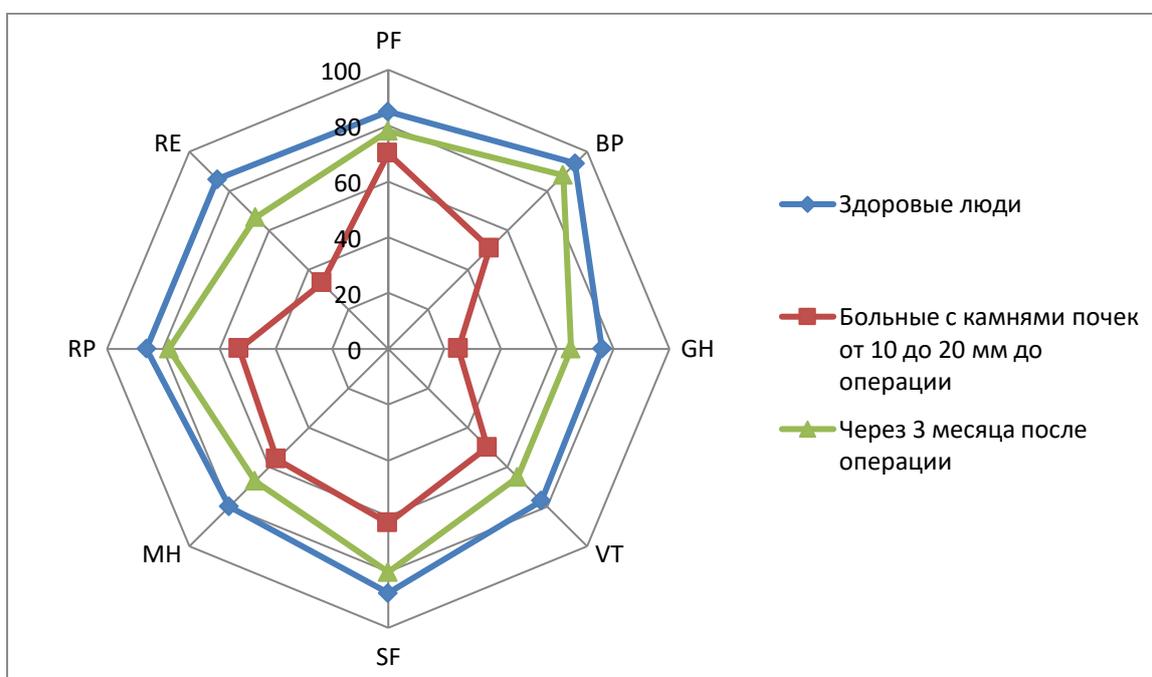


Рис. 11. Сравнение уровня качества жизни пациентов с камнями почек от 10 до 20 мм до выполнения РИРХ, через 3 месяца, 6 месяцев и здоровых людей в соответствии с опросником SF-36 у контрольной группы (здоровые люди). PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT –жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MN – психическое здоровье.

Всем пациентам четвертой группы (N=70) проводилось плановое оперативное вмешательство по поводу конкремента почки от 20 мм в объеме ПНЛТ. Ни одному пациенту не потребовалось стентирование мочеточника. При контрольном УЗИ органов мочевой системы эхо-признаков наличия резидуальных фрагментов конкремента выявлено не было. 30 пациентов выполнили контрольную МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием, при которой наличия конкрементов также не было выявлено. Уретральный и мочеточниковый катетер были удалены на 2 (± 1) сутки. Нефростомический дренаж удален на 6 (± 1) сутки. Средняя продолжительность госпитализации составила 8 (± 3) дней. Пациенты прошли повторное анкетирование через 3 месяца и 6 месяцев, при котором выявлено повышение всех показателей SF-36 уже на 3 месяца со стойким сохранением всех параметров до 6 месяцев (Рис. 12).

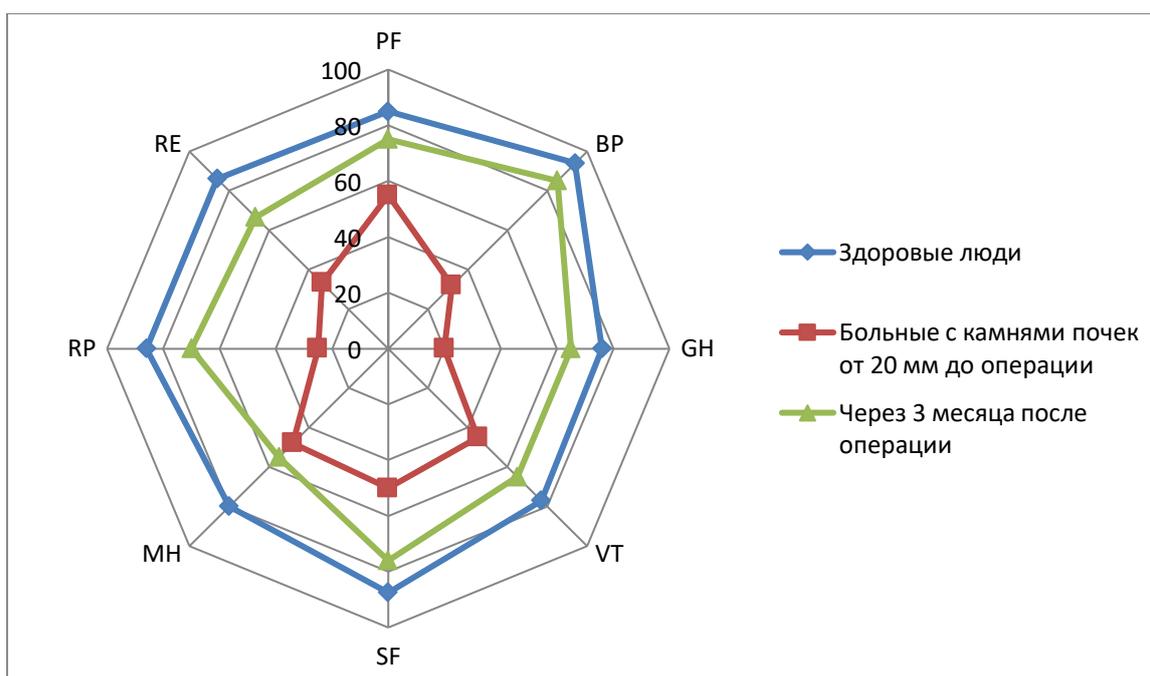


Рис. 12. Сравнение уровня качества жизни пациентов с камнями почек от 20 мм до выполнения ПНЛТ, через 3 месяца, 6 месяцев и здоровых людей в соответствии с опросником SF-36 у контрольной группы (здоровые люди). PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT –жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MN – психическое здоровье.

Всем пациентам пятой группы (N=50) проводилось плановое оперативное вмешательство по поводу локализованной формы РПЖ. 3 пациентам потребовалось проведение троакарной цистостомии вследствие затека мочи в малый таз. Через месяц после установки цистостомического дренажа выполнялось его удаление, после чего восстанавливалось самостоятельное мочеиспускание. При контрольном обследовании биохимического рецидива не наблюдалось ни у одного пациента. При МРТ органов малого таза не было выявлено подозрительных участков в зоне анастомоза или увеличения регионарных лимфатических узлов. Уретральный катетер был удален на 6 (± 1) сутки (после проведения цистограммы на наличие мочевых затеков в полость малого таза). Средняя продолжительность госпитализации составила 8 (± 2) дней. Пациенты прошли повторное анкетирование через 3 месяца и 6 месяцев, при котором выявлено повышение всех показателей SF-36 уже на 3 месяц со стойким сохранением всех параметров до 6 месяцев (Рис. 13).

Суммарный балл по опроснику IPSS составил 13 (± 4) баллов после 3 месяцев и 9 баллов (± 3) через 6 месяцев после операции (Рис. 12).

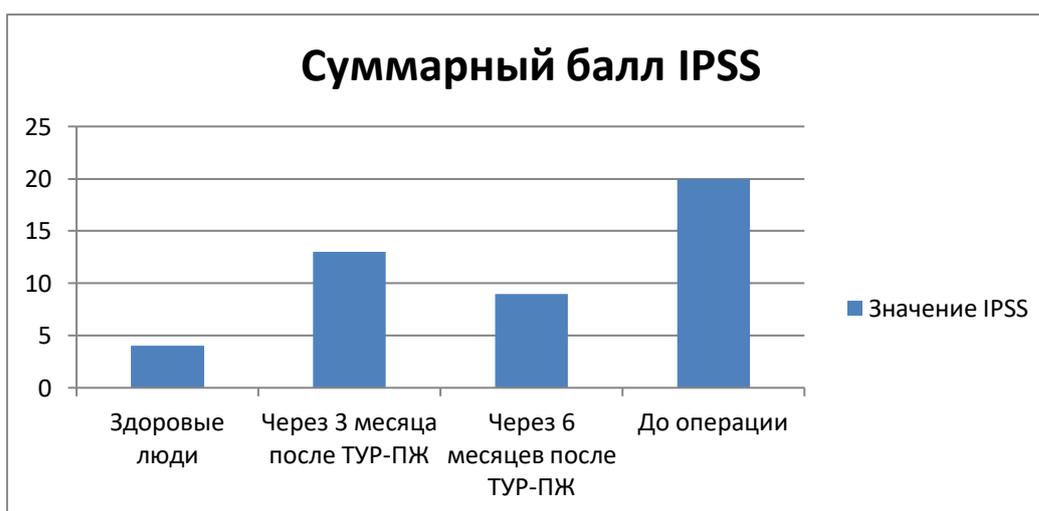


Рис. 12. Сравнение результатов опросника IPSS здоровых людей и пациентов, перенесших РАРП через 3 и 6 месяцев.

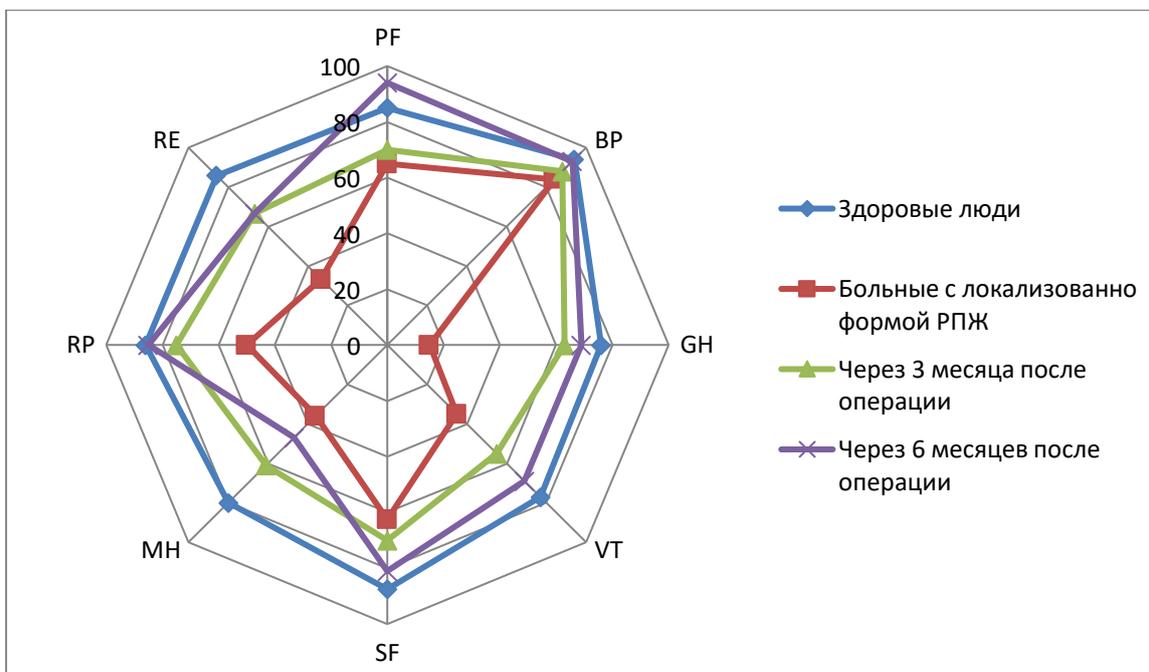


Рис. 13. Сравнение уровня качества жизни пациентов с локализованной формой РПЖ до выполнения РАРП, через 3 месяца и через 6 месяцев и здоровых людей в соответствии с опросником SF-36 у контрольной группы (здоровые люди). PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT –жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH – психическое здоровье.

Заключение

Распространенность заболеваний органов мочеполовой системы во всем мире придают им актуальный и социально значимый характер. Ежегодный прирост заболеваемости среди наиболее активной части населения и «омоложение» пациентов, подталкивают врачей к использованию менее травматичных и затратных методов лечения.

На сегодняшний день одним из современных методов хирургического лечения является эндовидеохирургический способ вмешательств. Сегодня любое предлагаемое лечение должно соответствовать условиям современной медицины: высокая радикальность, малая травматичность, хороший

косметический эффект, быстрая реабилитация и минимальное количество осложнений и рецидивов.

Анализируя полученные результаты и проводя их сравнительную характеристику, можно отметить, что показатели уровня качества жизни стали стойко лучше во всех исследуемых группах. И если в дооперационном периоде разница была более высокой, то в послеоперационном периоде разница значительно сократилась.

В заключение можно сказать, что все рассмотренные методы хирургического лечения являются оправданными. Как видно из представленных результатов, все вышеперечисленные оперативные вмешательства справляются с поставленными задачами. При одном и другом методах лечения показатели уровня качества жизни значительно улучшаются. Физическое и психоэмоциональное состояния пациентов становятся лучше, заболевание перестает им мешать в повседневном функционировании. При инструментальном и лабораторном контроле рецидива и осложнений за время исследования выявлено не было, что также является хорошим показателем проведенного лечения.

Выводы

1. Исходные показатели уровня КЖ во всех группах пациентов были значительно снижены за счет дискомфортных ощущений. У пациентов с РПЖ выявлено выраженное снижение психоэмоционального фактора КЖ, в то время как физический компонент здоровья был снижен не столько выражено.

2. Эндовидеохирургические и миниинвазивные вмешательства являются современным методом хирургического лечения, позволяющими эффективно и своевременно избавить пациента от проявления заболевания с минимально выраженными проявлениями хирургической агрессии.

3. Показатели уровня КЖ через 3 месяца после оперативного вмешательства улучшились по всем шкалам во всех группах.

4. Через 6 месяцев после операции отмечается стойкое улучшение всех шкал показателей уровня КЖ. Не отмечено снижения ни одного из показателей опросников. Полученные результаты сопоставимы с контрольной группой (здоровые люди).

5. Оптимальный подход хирургического лечения МКБ, ДГПЖ и РПЖ является своевременная диагностика и последующее оперативное лечение. Данный алгоритм позволяет в значительной степени улучшить показатели КЖ пациентов в послеоперационном периоде.

Практические рекомендации

На основании полученных результатов нами были сформулированы следующие практические рекомендации, которые могут быть использованы в ежедневной урологической практике:

1. Комплексная оценка клинических данных и показателей качества жизни пациентов позволяет выбрать адекватную тактику хирургического лечения патологии органов мочеполовой системы и снизить степень тяжести дискомфортных ощущений в послеоперационном периоде;

2. Неспецифический опросник SF-36 является универсальным инструментом оценки состояния КЖ пациентов как на догоспитальном этапе, как и в послеоперационном периоде;

3. Специфический опросник IPSS является качественным дополнением к комплексной оценке состояния КЖ у пациентов с заболеваниями предстательной железы, баллы которого коррелируют с результатами неспецифического опросника SF-36

СПИСОК ПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

В рецензируемых научных изданиях:

1. Барсегян А.Г. Качество жизни пациентов после дистанционной ударно-волновой литотрипсии при мочекаменной болезни / Ханалиев Б.В., Ветшев П.С., Нестеров С.Н., Барсегян А.Г. // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. – 2018. – Т.13, №2. – с. 110-112.
2. Барсегян А.Г. Качество жизни пациентов после трансуретральной резекции предстательной железы / Ханалиев Б.В., Федоренко Д.А., Барсегян А.Г. // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. – 2018. – Т.13, №4. –с. 100-102.
3. Барсегян А.Г. Динамика качества жизни пациента после лапароскопической простатэктомии с развившимся мочевым перитонитом на фоне несостоятельности цистоуретероанастомоза. / Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Володичев В.В., Васильев В.Р., Бонецкий Б.А., Барсегян А.Г. // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. – 2019. – Т.14, №1. –с. 147-148.
4. Барсегян А.Г. Трансуретральная резекция предстательной железы у пациента, длительно страдающего синдромом нижних мочевых путей / Ханалиев Б.В., Нестеров С.Н., Барсегян А.Г., Косарев Е.И. // Вестник

национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. – 2020. – Т.15, №1. –с. 139-140.

В других изданиях:

5. Барсегян А.Г. Оценка качества жизни пациентов до и после трансуретральной резекции предстательной железы с использованием опросника SF-36 / Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Барсегян А.Г.// Материалы 4-й научно-практической конференции урологов Северо-Западного федерального округа Российской Федерации, 2018. –с. 84-85.
6. Барсегян А.Г. Оценка качества жизни пациентов до и после перкутанной нефролитотрипсии с помощью опросника SF-36 / Ханалиев Б.В., Федоренко Д.А., Барсегян А.Г. // Сборник материалов Евразийского конгресса урологов. - Уфа, 2019 г., -с. 207-209.
7. Барсегян А.Г. Отдаленные результаты контактной уретеролитотрипсии / Ханалиев Б.В., Федоренко Д.А., Барсегян А.Г. // Сборник материалов Евразийского конгресса урологов. - Уфа, 2019 г., -с. 374-377.