

УДК 617-089 168.1+616.381-002

© Н. Н. Торотадзе, 2009.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА (ПОП)

Н. Н. Торотадзе

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, кафедра хирургии №1 (зав кафедрой, проф. В.В. Жебровский) г. Симферополь, А.Р. Крым, Украина.

THE ESTIMATION OF QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE PERITONITIS (PP)

N. N. Torotadze

SUMMARY

The examination was held among 53 patients who had been subjected to relaparotomy as a result of PP. There were 30 men and 23 women. The age of the patients ranged between 17 and 80. The clinical material was given out in two groups. Regarding the first group (which included 25 patients), the quality of life was examined among the patients who had run through an uncomplicated course of postoperative period, while the second group (28 patients) consisted of the patients who had gone through numerous relaparotomies resulted from different pyo-septic complications. According to the SF-36 scale, within the first 1-3 years the quality of life of the patients who had undergone PP and its resulting complications is characterized by low rates (from 57.7 to 62.5 points). During the social rehabilitation, 88.6% of patients required surgical treatment within 3 -6 years. During this period of time, both physical and psychic components of health were improving in a progressive way up to 66.4-87.2 points.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ (ПОП)

Н. Н. Торотадзе

РЕЗЮМЕ

Дослідження проведене в 53 хворих, що перенесли релапаротомію із приводу післяопераційного перитоніту. Чоловіків було 30, жінок 23. Вік хворих коливався від 17 до 80 років. Весь клінічний матеріал розподілено у 2 групах. У першій групі (25 пацієнтів), якість життя вивчалось в хворих, що перенесли неускладнений плин післяопераційного періоду. У другій групі (28 хворих) - хворі, якім було виконано багаторазові релапаротомії із приводу різних гнійно-септичних ускладнень. По шкалі SF-36 якість життя пацієнтів після перенесеного ПОП і його ускладнень в перші 1-3 роки характеризується досить низькими показниками (від 57,7 до 62,4 бали). 88,6% хворих у ході соціальної реабілітації вимагали хірургічного лікування протягом 3-6 років. У цей період прогресивно поліпшувалися як фізичні, так і психічні компоненти здоров'я, досягаючи 66,4-87,2 балів.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, лапаростомия, релапаротомия, послеоперационные осложнения, качество жизни.

В значенні успішності лікування результати лічення послеоперационного перитоніту становило застосування сучасних способів детоксикації; використання антибактеріальних препаратів останніх поколінь, а також імунотропних препаратів. Більшу роль в успішному ліченні послеоперационного перитоніту грають сучасні діагностичні можливості в діагностиці ранніх послеоперационних ускладнень, а також застосування більш різноманітної, індивідуально орієнтованої хірургічної тактики [4,5,6]. По мірі покращення результатів лічення даної тяжкої категорії хворих зменшується відсоток летальних ісходів. Ця тенденція, по-видимому, зберігається в найближчому майбутньому.

В зв'язі з цим стає все більш актуальним

вивчення результатів лічення послеоперационного перитоніту в віддаленому періоді з оцінкою якості життя пацієнтів.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить отдаленные результаты лечения послеоперационного перитонита через 1-6 лет после релапаротомии используя с этой целью параметры качества жизни по шкале SF-36, рекомендованные ВОЗ в 1986 году.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на клиническом материале 53 больных, находившихся на лечении в Республиканской клинической больнице им. Н.А.Семашко и Же-

лезнодорожной клинической больнице г. Симферополя за период с 1998 по 2008 годы. Мужчин было 30, женщин 23. Возраст больных колебался от 17 до 80 лет. (Средний возраст $52 \pm 15,46$). Обследование больных проводилось методом анкетирования, а также путем повторной госпитализации в хирургический стационар.

Изучение качества жизни, т.е. социально-психологический раздел исследований у больных, перенесших послеоперационный перитонит, базировалось на анализе показателей качества жизни с помощью опросника Medical Out Comes StudyChort Form (SF-36) (см. табл.1), разработанного J.E. Ware в 1993 году [7].

Опросник состоит из 11 разделов, включающих 36 вопросов. Результаты в виде оценок в баллах от 0 до 100 по 8 шкалам подвергаются статистической обработке.

Каждый из показателей качества жизни рассчитан индивидуально, вычислено среднее значение, которое

характеризовало уровень показателей качества жизни больных на протяжении достаточно длительного временного промежутка (от 1 до 5 лет после операции) все показатели сгруппированы в 2 суммарных измерениях: физического и психического компонентов здоровья. В составе физического компонента объединены показатели общего здоровья (GH), физического функционирования (PF), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP), интенсивности боли (BP), психический компонент качества жизни сформирован из показателей ролевого функционирования, обусловленного психическим состоянием (RE), социального функционирования (SF), жизнеспособности (VT) и самооценки психического здоровья.

Таблица 1

Характеристика показателей и интерпретация результатов изучения показателей качества жизни с использованием опросника SF-36

Показатели	Характеристика показателей и интерпретация результатов
I Общее состояние здоровья (General Health - GH)	Оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже бала по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.
П. Физическое функционирование (Physical Functioning -PF)	Отражает возможность человека выполнять физическую нагрузку в течение своего обычного дня (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и тому подобное). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.
Ш.Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP)	Отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.
IV.Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE)	Предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени и уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).
	Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

V.Социальная активность (Social Functioning - SF)	Определяется эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми. Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.
VI.Интенсивность боли (Bodily pain - BP)	Характеризует влияние выраженности боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.
VII.Жизненная активность (Vitality -VT)	Подразумевается ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.
VIII.Психическое здоровье (Mental Health -MH)	Характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Весь клинический материал распределен в 2 группах. В первой группе (25 пациентов), качество жизни изучалось у больных, перенесших неосложненное течение послеоперационного периода. Во второй группе (28 больных) – больные, перенесшие многократные релапаротомии по поводу различных гнойно-септических осложнений.

При анализе отдаленных результатов у больных, перенесших ПОП, первоочередной задачей считали изучение влияния послеоперационного перитонита на частоту и развитие морфофункциональных изменений в передней брюшной стенке и органах пищеварительного тракта.

Помимо тщательного изучения субъективных показателей состояния пациентов по шкале SF-36 все больные подвергнуты тщательному клиническому обследованию, в программу которого было включено УЗИ передней брюшной стенки, а также печени, поджелудочной железы, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, рентгенологическое исследование функции тонкого кишечника, лабораторно-биохимическое обследование белкового, углеводного и минерального обменов веществ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Подавляющее большинство исследуемых больных оценивает качество жизни в течение первый 1-2 лет после операции как неудовлетворительное. Причем, это в полной мере касается как физического, так и психологического компонентов здоровья. Так, как в первой, так и во второй группах исследуемых больных в течение первого года отмечают значительное снижение физической активности, быструю утомляемость, эмоциональную угнетенность, повышенную раздражительность. Согласно шкалы SF-36 качество жизни по данным компьютерного анализа баллов по предложенному опроснику колеблется в довольно низких показателях от 57,7 до 62,4 баллов (см. табл. 1). Обращает на себя внимание наличие у выписанных из стационара больных хирургических заболеваний, требующих соответствующего лечения. Так, у 6 больных из первой группы и у 10 из второй группы в зоне послеоперационных швов функционировали лигатурные свищи, по поводу которых больные были вынуждены ежедневно посещать поликлинику или производить перевязки самостоятельно. Миграция

лигатур часто сопровождалась болями в области послеоперационных швов, абсцедированием, воспалительной реакцией. Важен тот факт, что хирурги стационаров, в которых лечился больной по поводу ПОП, нередко не знают о дальнейшей судьбе этих пациентов.

У 36 больных из 53 обследованных в течение первого года после выписки из стационара сформировались послеоперационные вентральные грыжи, причинявшие больным значительные неудобства, приводили к необходимости постоянно пользоваться бандажом. Особенно быстро развивались и достигали большой величины грыжи после лапаростомии и перенесенных многократных релапаротомий. В ходе исследования у 12 больных, в течение первых двух лет после операции удалось произвести реконструктивные операции на передней брюшной стенке.

Клинический пример. Больной Л., в 2008 году перенес радикальную операцию по поводу рака поперечно-ободочной кишки. Ранний послеоперационный период осложнился послеоперационным перитонитом на почве несостоятельности кишечных швов. Лечение ПОП проводилось путем лапаростомии с многократными санациями брюшной полости. Тяжелый

послеоперационный период закончился выздоровлением, однако, больной выписан из стационара с функционирующим тонкокишечным свищем. Кроме этого в зоне лапаростомы в течение года сформировалась огромных размеров послеоперационная грыжа. Через 6 месяцев после выписки из стационара больной повторно оперирован, ликвидирован кишечный свищ. Обследование больного в этот период по шкале SF-36 выявило показатель 58,4 балла. Сам больной оценивает качество жизни как неудовлетворительное. Он отмечает значительное снижение физической активности. Быструю утомляемость, приступы депрессии, повышенную раздражительность. После устранения тонкокишечного свища показатели по шкале SF-36 значительно улучшились, достигнув 74,5 балла. Обследован в стационаре.

На УЗИ отмечено повышение эхогенности печени, наличие грыжевого дефекта брюшной стенки размером 18x20см. При изучении биохимических показателей крови патологические изменения не выявлены. Для коррекции грыжи больной пользуется бандажом

При рентгенологическом обследовании больных в стационарных условиях выявлены клинические и рентгенологические признаки спаечной болезни у 14 из 22 обследованных. Это выразалось в замедле-

Таблица №2

Качество жизни пациентов, перенесших ПОП по шкале SF-36

	Группы боли	Первая	Вторая	Первая	Вторая
		Через 1-2 года		Через 3-5 лет	
Показатели					
(Physical health-PH)	Physical Funetioning-PF	46,8±3,04	38,6±3,8	78,5±1,06	62,4±0,6
	Role-Physical health-Funetioning-RP	52,3±1,6	49,4±1,6	69,4±2,4	56,4±2,1
	Bodily pain-BP	56,4±1,8	46±2,4	76,4±1,06	58,6±3,4
	General Health-GH	62,4±3,0	57,7±2,0	74,5±3,0	64,4±2,3
(Mental Health-MH)	Vitality-VT	41,7±2,2	48,6±3,1	64,4±2,1	59,4±3,1
	Social Functioning-SF	40,4±3,1	39,9±2,9	64,3±3,2	52,6±2,9
	Role Emotional-RE	51,4±2,4	49,4±3,6	71,1±2,4	69±2,4
	Mental Health-MH	40,3±1,6	35,4±2,1	68,4±1,8	58,4±2,0

Примечание. Качество жизни по всем 8 группам показателей представлено в таблице в баллах таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

нии эвакуации по тонкому кишечнику. Отдельно следует отметить, что у 6 больных из 53 в течение первых двух лет после операции по поводу ПОП произведены операции по поводу острой системной кишечной непроходимости.

В общей сложности на протяжении 3-6 лет после выписки из стационара 47 больным (88,6%) произведены различные операции: у 12 (22,6%) больных – герниопластика, у 6 (11,3%) – коррекция спаечного процесса, у 21 (44,7%) – иссечение лигатурных свищей, у 8 (17,0%) больных закрытие кишечных свищей и у 1 (2,1%) – вскрытие абсцесса печени. Как видно из таблицы 2 в течение 3-5 лет после операции качество жизни прогрессивно улучшается. Согласно шкале SF-36, наблюдали статистически достоверное улучшение как физической, так и психической составляющих качества жизни. По данным компьютерного анализа больные оценивают свое состояние в пределах 66,4 балла до 87,2.

Этот показатель снижают послеоперационные грыжи, различные расстройства пищеварения (плохой аппетит, хронические запоры, тошноты). Часто больные отмечают беспричинную потерю веса тела. Они вынуждены мириться с часто возникающими болями в животе умеренной интенсивности, снимающимися спазмолитическими средствами.

Результаты инструментальных исследований показали, что ПОП в отдаленном периоде после операции приводит к структурным изменениям органов верхнего этажа брюшной полости. У части больных наблюдаются симптомы недостаточного кишечного пищеварения и всасывания (поносы).

Постоянные УЗИ признаки - увеличение размеров печени, селезенки, повышение эхогенности паренхимы этих органов. При исследовании метаболических функций печени, углеводного и водно-солевого обменов патологических изменений не выявлено.

Следует подчеркнуть, что отдаленные проявления перенесенного ПОП и его осложнений порой наслаиваются на имеющиеся у данных пациентов совокупности сопутствующих заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, болезни гепатопанкреатической зоны, хронический гастрит, язвенная болезнь, ГЭРБ, алкоголизм.

ВЫВОДЫ

1. Качество жизни пациентов после перенесенного ПОП и его осложнений в первые 1-3 года характеризуется довольно низкими показателями (от 57,7 до 62,4 балла) 88,6% больных в ходе социальной реабилитации нуждались в хирургическом лечении на протяжении 3-6 лет. В этот период прогрессивно улучшались как физические, так и психические компоненты здоровья, достигая 66,4-87,2 балла

2. Оценка качества жизни пациентов, перенесших ПОП- новое, малоизученное, перспективное направление клинической хирургии, дающее возможность более точно определить изменения и нарушения в состоянии здоровья данной категории больных, научно обосновать наиболее рациональные подходы к лечению и последующей реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Хирургический поход к лечению внутрибрюшных послеоперационных гнойных осложнений / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, Н.К. Голобородько // Кліні. хірургія. - 2003. - № 4-5. - С. 10-12.

2. Брискин Б.С. Лечение тяжелых форм распространенного перитонита / Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян, З.И. Савченко // Хирургия. - 2003. - № 8. - С.56-59.

3. Милонов О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - М.: Медицина, 1990. – 558с.

4. Савельев В.С. 50 лекций по хирургии.- Москва.: Медицина - 2003. – С.317-319.

5. Саенко В.Ф. Выбор метода закрытия лапаротомы в лечении тяжелых форм перитонита / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский // Кліні. хірургія. - 2003. - № 4-5. - С. 34-36.

6. Федоров В.Д. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных / В.Д. Федоров, В.К. Гостищев, А.С. Ермолов, Т.Н. Богницкая // Хирургия. -2000. -№4.-С. 58-62.

7. Ware J.E. Measuring patients views: the optimum outcome measure. SF36: a valid reliable assessment of health from the patients point of view// BM.J.-1993.- Vol.306.-P.1429-1430