

МОНИТОРИНГ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Стойко Ю.М., Новик А.А., Левчук А.Л.,
 Ионова Т.И., Мамедов В.Ф.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова

УДК: 612.013-021.4.064:616.346.2-089.87

Резюме

Применение малоинвазивной технологии позволяет улучшить результаты лечения острого аппендицита. Показатели качества жизни после операции в группе больных, перенесших лапароскопическую аппендэктомию, выше, чем после традиционной аппендэктомии, что свидетельствует о более быстром восстановлении качества жизни больных после малоинвазивной операции. Изучение качества жизни пациентов в послеоперационном периоде дает возможность определить преимущества лапароскопической аппендэктомии в сравнении с традиционной операцией.

Ключевые слова: лапароскопическая аппендэктомия, острый аппендицит, качество жизни.

Проблема диагностики и лечения острого аппендицита остается актуальной, что подтверждается как высоким уровнем заболеваемости (4–6%), так и значительным числом тактических и диагностических ошибок (12–31% случаев) [1–5, 7, 9]. Перспектива улучшения результатов хирургического лечения острого аппендицита на современном уровне заключается в широком использовании лапароскопии, позволяющей повысить качество диагностики и сыграть важную сберегательную роль на диагностическом этапе [6, 10–13]. Среди огромного количества больных, госпитализируемых с диагнозом острого аппендицита, значительной части требуется проведение дифференциальной диагностики. Однако даже самые опытные клиницисты далеко не всегда могут уверенно отвергнуть или подтвердить диагноз. В настоящее время при возникновении дифференциально-диагностических трудностей проводится диагностическая лапароскопия, при которой подтверждается или исключается диагноз, выполняется тщательная ревизия органов брюшной полости, выявляется расположение червеобразного отростка и определяются показания к лапароскопической или «открытой» операции. Использование эндовидеохирургического оборудования и инструментария квалифицированным специалистом приближает диагностическую ценность лапароскопии к 100%.

Показания к эндовидеохирургической аппендэктомии те же, что при традиционной. Лапароскопическая

MONITORING PARAMETRES QUALITY OF LIFE AT PATIENTS AFTER TRADITIONAL AND LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

Stoyko Yu.M., Novik A.A., Levchuk A.L., Ionova T.I., Mamedov V.F.

The use of minimally invasive technology allows to improve the results of acute appendicitis treatment. Quality of life parameters are higher in the group of patients who underwent laparoscopic appendectomy as compared to the ones after conventional appendectomy, what point to more rapid recovery of quality of life parameters of patients after minimally invasive technology. Quality of life research at different time points after surgery makes it possible to determine the advantages of laparoscopic appendectomy as compared to conventional appendectomy.

Keywords: acute appendicitis, laparoscopic appendectomy, quality of life.

аппендэктомия (ЛАЭ) выполняется как при остром, так и при хроническом аппендиците. При этом имеются общие и местные противопоказания к проведению ЛАЭ. К общим противопоказаниям относятся выраженная сердечно-легочная недостаточность, нарушение свертывающей системы крови; к местным – плотный аппендикулярный инфильтрат, перфорация аппендикса вблизи его основания, разлитой перитонит, выраженные явления тифлита, пареза кишечника, при котором требуется интраоперационная декомпрессия кишечника, беременность во II и III триместрах, ожирение IV степени, выраженный спаечный процесс брюшной полости [4]. Однако в настоящее время проблема нарушения свертываемости крови как противопоказание к ЛАЭ решается в случае верификации характера коагулопатии и возможности проведения превентивной терапии.

Современный этап развития медицины предусматривает комплексную оценку того или иного вида хирургического вмешательства. Традиционно при оценке отдаленных результатов операции, в частности аппендэктомии, используют такие показатели, как число интра- и послеоперационных осложнений, длительность послеоперационного периода пребывания пациентов в стационаре и т.д. Комплексная оценка результатов хирургического лечения также предполагает определение динамики восстановления качества жизни (КЖ) больного после операции.

КЖ – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [8]. КЖ относится к «оценкам, данным пациентом» (ОДП). Этот термин получил распространение в международном медицинском сообществе в последние годы. ОДП подразумевает любую информацию, полученную от больного. К ОДП относят КЖ, симптомы и любые мнения больного. В хирургии использование ОДП, наряду с определением традиционных клинических показателей, позволяет получить важную дополнительную информацию о пациенте и более полно оценить результаты операции. При сравнении эффективности традиционной аппендэктомии (ТАЭ) и ЛАЭ большое значение имеет оценка показателей КЖ и выраженности симптомов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Следует отметить, что имеющиеся данные по КЖ больных после ТАЭ и ЛАЭ носят фрагментарный характер и не дают полного представления об их динамике в различные сроки после операции. Помимо этого отсутствуют данные о спектре и выраженности актуальных симптомов у больных после ТАЭ и ЛАЭ.

Проведение исследования, в рамках которого осуществляется системный мониторинг состояния больного после аппендэктомии, включающий оценку КЖ и выраженности актуальных симптомов, позволит дать комплексную оценку результатов оперативного лечения, а также провести сравнительный анализ эффективности ТАЭ и ЛАЭ. В настоящем исследовании представлены данные мониторинга КЖ и выраженности боли у больных после ТАЭ и ЛАЭ в различные сроки после операции.

Материалы и методы

За период с 2004 по 2008 гг. из 493 больных, оперированных в клинике НМХЦ им. Н.И. Пирогова по поводу острого аппендицита, с целью изучения КЖ в послеоперационном периоде было проведено анкетирование двух групп пациентов, перенесших ЛАЭ – 40 (52%) (I группа) и ТАЭ – 37 (48%) пациентов (II группа).

Исследование проводилось с изучением в сравнительном аспекте уровня КЖ и симптомов в ближайшие и отдаленные сроки после хирургического лечения, что позволило провести сравнительную оценку состояния пациентов в период стационарного лечения после хирургического вмешательства и в отдаленном послеоперационном периоде.

Оценку КЖ проводили с использованием общего опросника оценки качества жизни – SF-36 [8]. Данный инструмент применяют как у здоровых, так и у больных с различной патологией. Опросник SF-36 широко используется у хирургических больных и позволяет оценить динамику восстановления физического, психологического и социального функционирования больных после хирургического вмешательства. Он состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал. Результаты исследования выражаются в баллах от 0 до 100 по каждой из

восьми шкал. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель качества жизни.

Для оценки симптомов использовали опросник CSP-AA-37. Данный опросник разработан при участии Межнационального центра исследования КЖ в рамках совместного российско-американского проекта и относится к серии инструментов для комплексной оценки спектра и выраженности актуальных симптомов Comprehensive Symptom Profile у больных с различной острой патологией органов брюшной полости. Опросник CSP-AA-37 позволяет оценить выраженность 37 симптомов. Инструмент состоит из цифровых аналоговых шкал с градацией баллов от «0» до «10», где «0» – отсутствие симптома, «10» – симптом максимально выражен. Имеются 2 формы опросника: форма, позволяющая оценить выраженность симптомов за последние сутки (CSP-AA 37-1D-PO), и форма, оценивающая выраженность симптомов в течение последнего месяца (CSP-AA 37-1m-PO). В данном исследовании на основании данных опросника CSP-AA-37 проведен анализ выраженности боли в раннем послеоперационном периоде (1-6-е сутки после операции). Для регистрации уровня болевого синдрома использовали визуально-аналоговую шкалу, градуированную от 0 до 10, где метка «0» – соответствует ощущению полного комфорта, которые испытывал пациент ранее в своей жизни, а «10» – наивысшим болевым ощущением.

Больные самостоятельно заполняли опросники в следующих точках:

– Ежедневно (T0) после операции заполнялся опросник симптомов (CSP-AA 37-1D-PO).

I – группа

T0-1 – через 1 день после операции

T0-2 – через 2 дня после операции

T0-3 – через 3 дня после операции

T0-4 – через 4 дня после операции

II – группа

T0-1 – через 1 день после операции

T0-2 – через 2 дня после операции

T0-3 – через 3 дня после операции

T0-4 – через 4 дня после операции

T0-5 – через 5 дней после операции

T0-6 – через 6 дней после операции

В первой группе в точке T0-4 анкетировано 25 пациентов, т.к. период стационарного лечения этих больных составил 4 койко-дня, а во второй группе в точках T0-5 и T0-6 анкетировано 32 пациента, где эти точки также соответствуют количеству койко-дней.

– В первый месяц (T1) после операции заполнялся универсальный опросник (SF-36) и опросник симптомов (CSP-AA 37-1m-PO).

– В третий месяц (T2) после операции заполнялся универсальный опросник (SF-36) и опросник симптомов (CSP-AA 37-1m-PO).

– В шестой месяц (T3) после операции заполнялся универсальный опросник (SF-36) и опросник симптомов (CSP-AA 37-1m-PO). Опросники рассылали больным по электронной почте, что оптимизировало проведение исследования и исключало возможность влияния эксперта на выбор пациентом ответа на вопросы.

Статистический анализ включал данные описательной статистики и оценку статистической значимости различий. Данные проверялись на нормальность распределения критерием Колмогорова-Смирнова. При анализе показателей КЖ в динамике использовали ранговый критерий Фридмана и апостериорный критерий Данна. При сравнении показателей КЖ в разные сроки после операции в двух группах больных использовали непараметрический критерий Манна-Уитни.

Обработку результатов проводили в Межнациональном центре исследования качества жизни и Научно-методическом центре исследования качества жизни Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова.

Результаты и обсуждение

Изучение динамики показателей КЖ и симптомов после оперативного лечения у пациентов основной и контрольной групп позволило выявить ряд закономерностей.

Проведенный анализ значительно выраженных симптомов (3 балла и выше) в различные сроки после операции в группе ЛАЭ выявил, что в 1-е сутки после операции были значительно выражены следующие симптомы: полное отсутствие стула (запор), жажда, сухость во рту, боль в животе, боль в области послеоперационного шва, слабость.

Их встречаемость составила:
полное отсутствие стула (запор) – 40 больных (100%);
жажда – 37 больных (92,5%);
сухость во рту – 37 больных (92,5%);
боли в животе – 40 больных (100%);
боль в области послеоперационного шва – 38 (95%);
слабость – 39 (97,5).

На 2-е сутки после операции имел место следующий значительно выраженный симптом: полное отсутствие стула (запор). Он встречался у 30 больных (75%).

Таким образом, согласно динамике данных выраженности и встречаемости симптомов в группе ЛАЭ, выраженность симптомов превалировала первые 2-ое суток, но с тенденцией к убыванию, которые к концу 3-х суток имели минимальное значение выраженности, а в последующие сроки после операции практически не беспокоили пациентов. В другие сроки у пациентов после ЛАЭ значительно выраженные симптомы были редки.

Проведенный анализ значительно выраженных симптомов (3 балла и выше) в группе пациентов после ТАЭ выявил, что в 1-е сутки после операции значительно выражены были следующие симптомы: полное отсутствие стула (запор), боль в области послеоперационного шва, боли в животе, покраснение в области послеоперационного шва, жажда, сухость во рту, слабость.

Их встречаемость составила:
полное отсутствие стула (запор) – 36 больных (97,3%);

боль в области послеоперационного шва – 36 больных (97%);
жажда – 36 больных (97%);
боли в животе – 37 больных (100%);
сухость во рту – 37 (100%);
слабость – 37 (100%);
покраснение в области послеоперационного шва – 36 больных (97%).

На 2-е сутки после операции имели место следующие значительно выраженные симптомы: полное отсутствие стула (запор), жажда, боли в животе, боль в области послеоперационного шва, сухость во рту и слабость.

Их встречаемость на 2-е сутки составила:
полное отсутствие стула – 36 (97%);
жажда – 34 больных (92%);
боли в животе – 37 (100%);
боль в области послеоперационного шва – 37 (100%);
сухость во рту – 34 (92%);
слабость – 35 (95%);

На 3-и сутки после операции те же симптомы оставались значительно выраженными, за исключением симптомов слабости и сухости во рту.

Встречаемость наиболее выраженных симптомов на 3-й день составила:
полное отсутствие стула – 34 (92%);
жажда – 34 больных (92%);
боли в животе – 35 (95%);
боль в области послеоперационного шва – 35 (95%);

На 4-е сутки после операции у всех больных значительно выраженным были симптомы боль в области послеоперационного шва и полное отсутствие стула, которые имели значение выраженности < 3 баллов.

В 5-е и 6-е сутки после операции, в группе пациентов после ТАЭ, значительно выраженные симптомы были редки.

Через 1 месяц после операции значительно выраженная слабость встречалась у 30 (81%) (3,19 баллов), боль в области послеоперационного шва у 35 (95%) (1,41 баллов) и симптом боли в животе 23 (62%) больных (1,11 баллов), соответственно.

Симптомы алая кровь в стуле, стул черного цвета, стул жидкий черного цвета, перебои в работе сердца отсутствовали во всех точках исследования у всех пациентов обеих групп.

Таким образом, согласно динамике данных в группе больных после ТАЭ, наибольшее значение выраженности симптомов наблюдается первые 3-ое суток, с тенденцией к убыванию, которые имели определенные значения на 4-е сутки послеоперационного периода, а на 5 и 6-е сутки значительно купировались. В другие сроки после операции у традиционно оперированных пациентов выраженные симптомы были редки.

Анализ показателей выраженности симптомов между группами пациентов обнаружил статистически значимые различия в первые четыре дня после операции по выраженности следующих актуальных симптомов:

полное отсутствие стула, сухость во рту, боль в животе и боль в области послеоперационного шва. А по выраженности симптома слабости статистически значимые различия обнаружены первые двое, а по выраженности жажды первые трое суток после операции. Статистически значимые различия не обнаружены по выраженности слабости между группами на 3-и и 4-е, а по выраженности жажды на 4-е сутки после операции (рис. 1).

Таким образом, проведенный анализ выраженности актуальных симптомов показал, что у пациентов после ЛАЭ выраженность актуальных симптомов на 2, 3 и 4-е сутки после операции намного меньше, чем в группе пациентов после ТАЭ.

Показатели КЖ в группе больных в разные сроки после операции ЛАЭ представлены на рисунке 2. Значение ИПКЖ через 1 месяц после операции составило

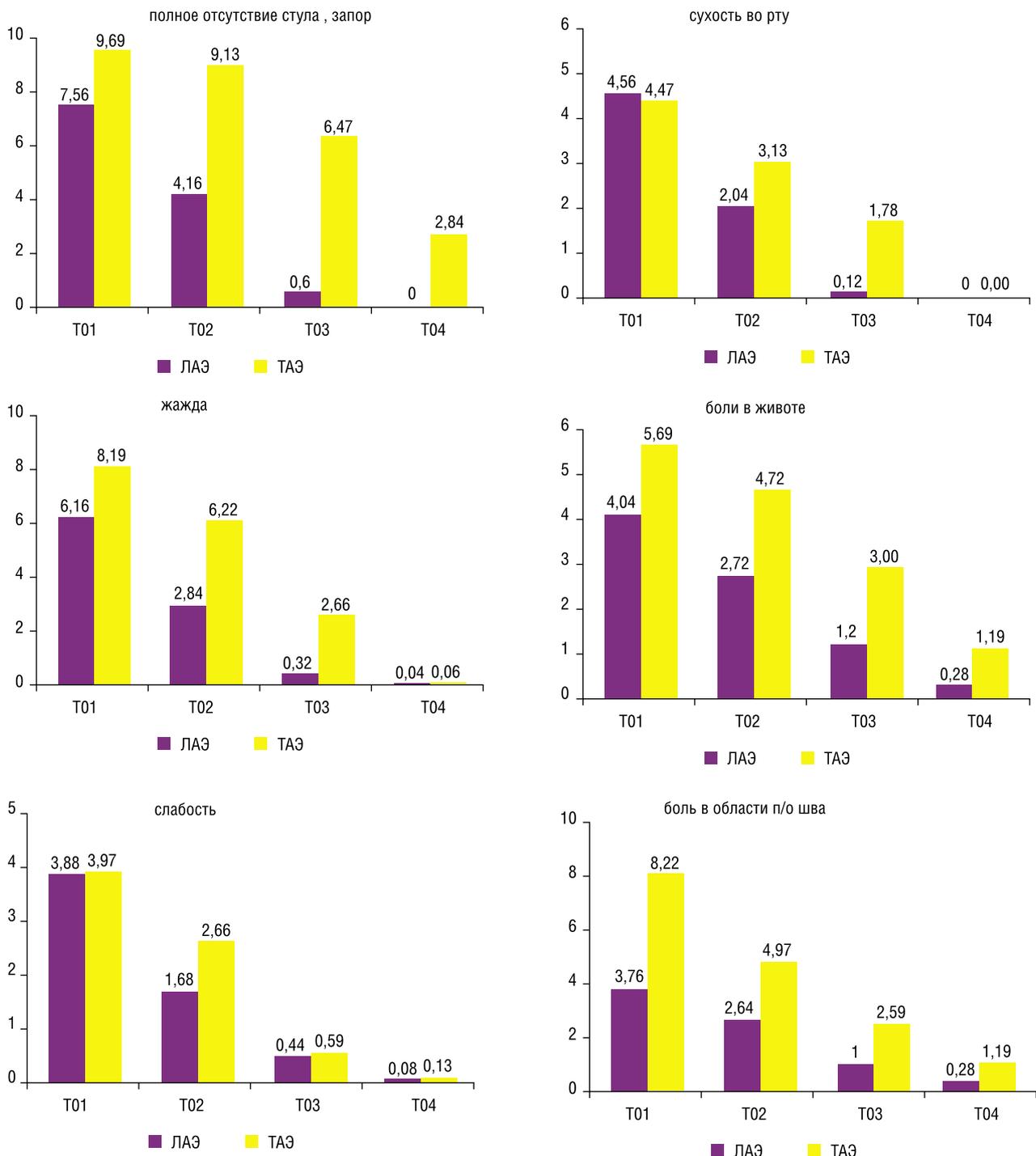


Рис. 1. Сравнение выраженности актуальных симптомов в первые четыре дня после операции у больных после ЛАЭ и ТАЭ

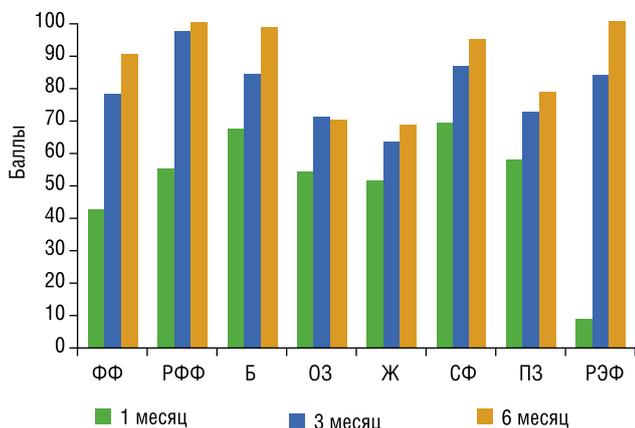


Рис. 2. Показатели КЖ в группе больных через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после ЛАЭ (n=40)

0,21±0,08; через 3 месяца – 0,56±0,14; через 6 месяцев – 0,72±0,07.

Через 3 месяца после ЛАЭ имеет место существенное улучшение показателей КЖ по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с соответствующими показателями через 1 месяц после ЛАЭ ($p < 0,05$). Через 6 месяцев после ЛАЭ зарегистрировано дальнейшее улучшение показателей КЖ. Статистически значимые различия между показателями через 3 и 6 месяцев после ЛАЭ обнаружены по шкалам ФФ, Б, Ж, ПЗ ($p < 0,05$) (табл. 1).

Показатели КЖ в группе больных в разные сроки после ТАЭ представлены на рисунке 3. Значение ИПКЖ через 1 месяц после операции составило 0,06±0,05; через 3 месяца – 0,34±0,11; через 6 месяцев – 0,60±0,08.

Через 3 месяца после ТАЭ имеет место существенное улучшение показателей КЖ по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с соответствующими показателями через 1 месяц после ТАЭ ($p < 0,05$). Через 6 месяцев после ТАЭ зарегистрировано дальнейшее улучшение показателей КЖ. Статистически значимые различия между показателями через 3 и 6 месяцев после ТАЭ обнаружены по шкалам ФФ, ОЗ, Ж, СФ, ПЗ ($p < 0,05$) (табл. 2).

Показатели КЖ после ЛАЭ и ТАЭ на разных сроках после операции представлены на рисунках 4–6.

Через 1 и 3 месяца после операции показатели КЖ больных значительно лучше в группе пациентов, которым проведена ЛАЭ. Статистически значимые различия найдены по всем шкалам опросника SF-36 ($p < 0,001$), кроме шкалы ролевого эмоционального функционирования (рис. 4–5).

Через 6 месяцев после операции показатели КЖ больных выше в группе пациентов, которым произведена ЛАЭ. При сравнении показателей КЖ в группах статистически значимые различия найдены по большинству шкал опросника SF-36 ($p < 0,001$). Исключение составили шкалы ролевого физического функционирования, общего здоровья, социального функционирования и

Табл. 1. Сравнение показателей КЖ по шкалам опросника SF-36 на разных сроках наблюдения после ЛАЭ

Сравн. точки	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	РЭФ	ПЗ	ИПКЖ
T1-T2	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T1-T3	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T2-T3	+	-	+	-	+	-	-	+	+
p<	0,01	0,001	0,05	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

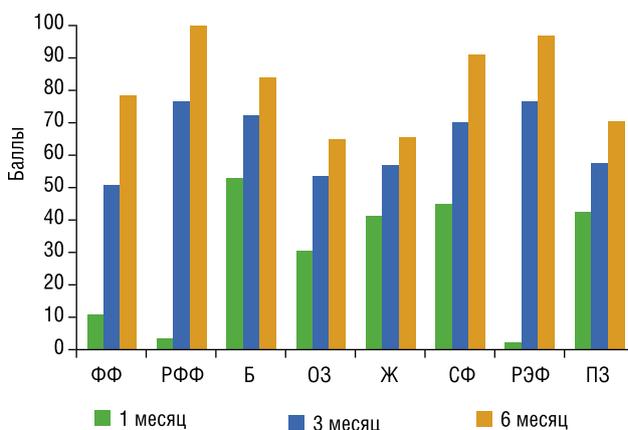


Рис. 3. Показатели КЖ в группе больных через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после ТАЭ (n=37)

Табл. 2. Сравнение показателей КЖ по шкалам опросника SF-36 на разных сроках наблюдения после ТАЭ

Сравн. точки	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	РЭФ	ПЗ	ИПКЖ
T1-T2	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T1-T3	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T2-T3	+	-	-	+	+	+	-	+	+
p<	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

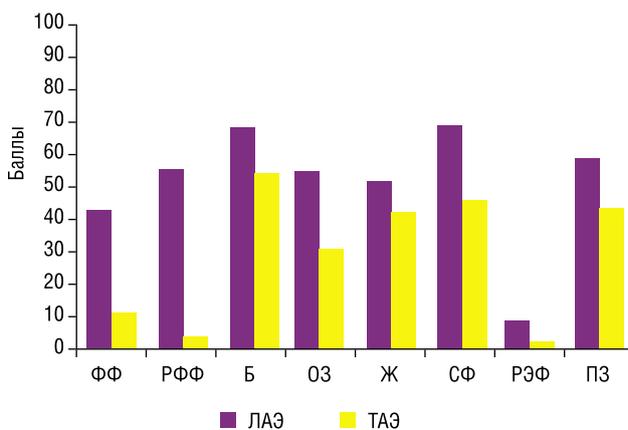


Рис. 4. Показатели КЖ больных после ЛАЭ и ТАЭ через 1 месяц

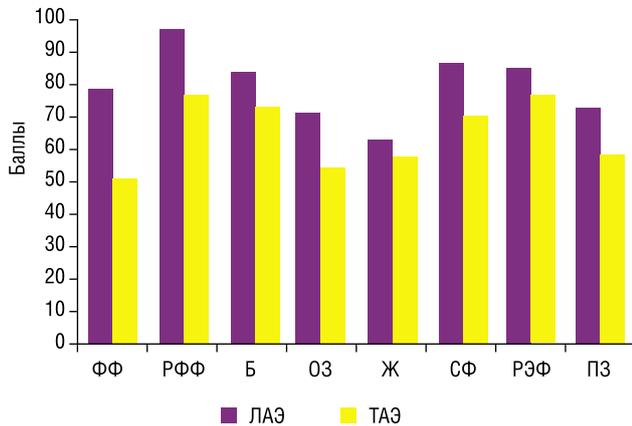


Рис. 5. Показатели КЖ больных после ЛЭА и ТАЭ через 3 месяца

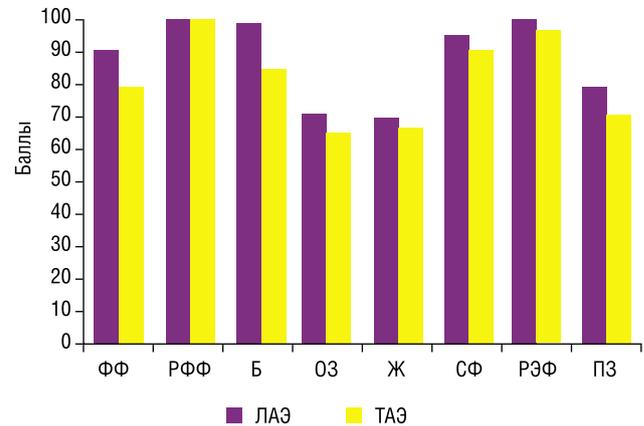


Рис. 6. Показатели КЖ больных после ЛЭА и ТАЭ через 6 месяцев

ролевого эмоционального функционирования. По этим шкалам показатели качества жизни в двух группах сходны (рис. 6).

У больных после ЛЭА и ТАЭ происходит существенное улучшение показателей КЖ в течение первых месяцев после операции. Через 1, 3 и 6 месяцев после операции показатели КЖ в группе больных, перенесших ЛЭА, выше, чем у больных после ТАЭ. Эти результаты являются свидетельством более быстрого восстановления КЖ больных после ЛЭА.

Выводы

- Показатели выраженности боли у больных после ЛЭА в первые дни после операции существенно ниже, чем у больных, перенесших ТАЭ. Полученные данные свидетельствуют о меньшей травматичности ЛЭА по сравнению с традиционной операцией.
- Проведенный анализ выраженности актуальных симптомов показал, что у пациентов после ЛЭА выраженность актуальных симптомов во 2, 3 и 4-е дни после операции намного меньше, чем в группе пациентов после ТАЭ.
- Показатели КЖ больных после ЛЭА и ТАЭ в течение первых 6 месяцев после операции значительно улучшаются. Через 1, 3 и 6 месяцев после операции показатели КЖ в группе больных, перенесших ЛЭА выше, чем у больных после ТАЭ, что свидетельствует о более быстром восстановлении КЖ больных после ЛЭА.
- Применение методики оценки КЖ и симптомов у хирургических больных наряду с традиционными клиническими параметрами позволяет комплексно оценить результаты лечения и выявить наиболее эффективный вид оперативного вмешательства.

Литература

1. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Ходос Г.В. и соавт. Диагностические ошибки, осложнения, непредвиденные ситуации при использовании традиционной лапароскопии и видеолапароскопии в экстренной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – №5. – С. 27–33.

2. Анфёров Д.И., Мейлах Б.И., Константинов Н.Н. и соавт. Первый опыт выполнения лапароскопической аппендэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №1. – С. 109.
3. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №3. – С. 16–20.
4. Жолобов В.Е., Стрижицкий В.В., Рутенбург Г.М. Эндовидеохирургические технологии в диагностике и лечении острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – №5. – С. 17–22.
5. Климов Д.Е. Дифференцированное применение лапароскопии и лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2001. – 19 с.
6. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. Лапароскопическая диагностика острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №4. – С. 60–64.
7. Нишанов Х.Т., Исонтурдиев У.И., Яриев А.Р. и соавт. Выбор хирургической тактики при остром аппендиците // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – №6. – С. 38–41.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине // «ОЛМА Медиа Групп», М. – 2007. – 12 с.
9. Сажин А.В., Чадаев А.П., Мосин С.В. и соавт. Отсроченная лапароскопическая аппендэктомия у больных с перенесённым аппендикулярным инфильтратом и абсцессом // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №1. – С. 146–147.
10. Уханов А.П., Байдо С.В., Игнатъев А.И. Результаты применения видеолапароскопических операций у больных острым аппендицитом // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №1. – С. 94.
11. Arcovedo R., Barrera H., Reyes H.S. Securing the appendiceal stump with the Gea extracorporeal sliding knot during laparoscopic appendectomy is safe and economical // Surg. Endoscopy. – 2007. – Vol. 21. – P. 1764–1767.
12. Ball C.G., Kortbeek J.B., Kirkpatrick A.W., Mitchell P. Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis // Surg. Endoscopy. – 2004. – Vol. 18. – P. 969–973.
13. Beldi G., Muggli K., Helbling C., Schlumpf R. Laparoscopic appendectomy using endoloops: a prospective, randomised trial // Surg. Endoscopy. – 2004. – Vol. 18. – P. 749–750.

Контактная информация

Стойко Ю.М.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70

e-mail: nmhc@mail.ru